

الثقافة والمرض النفسى

مقدمة

تتعلق هذه الدراسة ببيان العلاقة بين الثقافة والمرض النفسى، أو بدور المتغيرات الثقافية فى نشأة الأمراض النفسية ونموها. وقد حددت الأمراض النفسية فى الدراسة بالأمراض النفسية الوظيفية أو الأمراض نفسية المنشأ. وبعد مقدمة عن المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية للسلوك، وبعد تحديد مفهومى الثقافة والمرض النفسى المستخدمين تعالج الدراسة تأثير الثقافة فى المرض النفسى من خلال الموضوعات الآتية:

أ. د. علاء الدين كفاى

أستاذ ورئيس قسم الإرشاد النفسى
معهد الدراسات والبحوث التربوية
جامعة القاهرة

أ) السلوك بين المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية -

مدخل إلى الدراسة:

يتحدد سلوك الإنسان وشخصيته بمجموعتين من العوامل: المجموعة البيولوجية والمجموعة الثقافية الاجتماعية. أما المجموعة البيولوجية فهي المجموعة التي ترتبط بجسم الإنسان وتتضمن عوامل: الوراثة بمعنى ما يرثه الفرد من والديه وأجداده وأصلابه من سمات وصفات، والجهاز العصبي وحالته في أداء الوظائف المنوطة به، وإفرازات الغدد الصماء أو الهرمونات التي تؤثر على السلوك والشخصية تأثيراً كبيراً، والبنية الجسمية أو الطراز الجسمى الذي يذهب بعض العلماء أنه أحد المحددات الهامة للسلوك. كما أن هناك عوامل أخرى ضمن هذه المجموعة مثل تعرض الفرد للتسمم أو للأمصال أو تناوله للعقاقير والمواد المؤثرة عقلياً، وكذلك حالة التمثيل الغذائي أو الأيض لديه وما إذا كانت تتم على نحو صحيح أم لا.

وأما المجموعة الثانية فهي المجموعة الثقافية وهي التي تتعلق بعلاقة الفرد بالأفراد المحيطين به والوسط الاجتماعي الثقافي الذي يعيش في ظله. ويأتى في مقدمة عوامل هذه المجموعة الأسرة بكل ما تمثله كأول بيئة يعيش فيها الطفل وما تعلمه من مفاهيم وعادات وأساليب سلوكية وما يتأثر به داخلها باعتبارها شبكة من العلاقات الاجتماعية والإنسانية.

ثم يأتى العامل الآخر والمتمثل في المدرسة وما تنتجه من مواقف تعليمية مقصودة تهدف إلى اكساب التلميذ خبرات معينة، إضافة إلى ما يكتسبه هو على نحو غير مقصود غالباً من تفاعله مع أقرانه وزملائه في رحاب المدرسة. ومن عوامل المجموعة الثقافية الاجتماعية أيضاً جماعة الرفاق أو الأقران التي ينضم إليها الطفل منذ دخوله مرحلة الطفولة المتأخرة ومع

التحاقه بالمدرسة الابتدائية، وهم يكونون عادة من أطفال الجيرة أو من زملائه في المدرسة. وجماعة الرفاق جماعة يدين لها الطفل والمرافق فيما بعد بكثير من الولاء ويعتز بالانتماء إليها وبالتالي يلتزم بمعاييرها وما تراه من أساليب مستحسنة أو مستهجنة من وجهة نظرهما. ومن عوامل هذه المجموعة أيضاً أجهزة الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وما تبثه من رسائل تزداد كما، كما تزداد حرفية مع التقدم التقنى وتحاصر الفرد بما تذيبه من أفكار وما تنشره على الناس من مفاهيم. ومن عوامل هذه المجموعة أيضاً كل المؤسسات الاجتماعية والجمعيات التي قد ينضم إليها الفرد وينخرط في أنشطتها كالنوادي والجمعيات والروابط وكل الجماعات المرجعية التي يتطلع الفرد إلى أن يكون عضواً فيها.

إذن فهاتين المجموعتين من العوامل تعددان السلوك وسمات الشخصية. وينسحب هذا التحديد على حالة السواء وحالة اللاسواء جميعاً. فعوامل الصحة النفسية سواء البيولوجية منها أو الثقافية هي نفسها عوامل المرض النفسى. أى أنه ليس لدينا قائمة بعوامل محدّدات للصحة النفسية وقائمة أخرى مغايرة من العوامل أو المحددات للمرض النفسى. فالعوامل التي ترتبط بالصحة هي ذاتها التي ترتبط بالمرض. والفيصل في الحالتين هي الصورة التي توجد عليها هذه العوامل وكيفية تفاعلها، فإذا ما وجدت وتفاعلت على نحو موات ساعدت على انتاج السلوك السوى المحقق للتوافق في البيئة ومن هنا كانت الشخصية السوية، أما إذا وجدت هذه العوامل وتفاعلت على نحو غير موات أدى ذلك إلى صدور السلوك غير السوى والذي يفشل في تحقيق التوافق ويفتح الباب أمام أية صورة من صور اللاسواء. فالوراثة والهرمونات والجهاز العصبي من العوامل البيولوجية على سبيل المثال يمكن أن تكون من عوامل الصحة إذا كان الجهاز العصبي سليماً وإذا كان إفراز الهرمونات عند المعدل الطبيعي، وإذا لم يرث الفرد

الثقافة. وهذا هو موضوع هذه الدراسة إذ تحاول الإجابة على التساؤل الرئيس الذى ينصب على ما إذا كان للثقافة دور أو إسهام فى نشأة المرض أو فى نموه وتطوره أو فى تحديد شكله وصوره؟

ب) مفاهيم الدراسة وخطتها:

تتضمن هذه الدراسة مفهومين أساسيين هما مفهوم الثقافة Culture ومفهوم المرض النفسى أو الأمراض النفسية و (العقلية) Psychopathology. وعلى الرغم من شهرة وانتشار هذين المفهومين فى الاستخدام فإن علينا أن نشير إلى المعانى التى يتضمنها كل مفهوم منهما حسب استخدامهما فى هذه الدراسة.

١ - الثقافة :

أما الثقافة فهو ذلك المفهوم المركزى فى العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية الذى اتسع نطاق البحث فيه والتنبيه إلى أبعاده فى إطار التفاعل أو المواجهة التى حدثت بين الدول الأوروبية التى تطلعت - بعد الكشف الجغرافية والثورة الصناعية - إلى استعمار عدد من الأقطار فى آسيا وأفريقيا وأمريكا الجنوبية وبين شعوب هذه الأقطار، حيث كان على الدول الأوروبية أن تفهم حياة الشعوب فى هذه الأقطار لإخضاعها. وقد انتبهوا إلى الاختلافات فى عادات هذه الشعوب وتقاليدها مع تلك التى تسود فى مجتمعاتهم، ومن هنا كان هذا الفهم ضرورياً للتعامل مع هذه الشعوب. وتطور مدلول المصطلح وأصبح أداة نافعة جداً ولا غنى عنها فى البحوث الاجتماعية حيث يشير إلى «نسق من المعلومات يمثل أسلوب تفاعل الناس فى جماعة منظمة أو مجتمع أو أمة مع بنيتهم الاجتماعية وبنيتهم الفيزيائية» (جابر، كفاى، ١٩٨٩، ٨٢٩). ولنا فى هذه الدراسة نتمسك بتعريف معين لمفهوم الثقافة فأى تعريف لها يساعدنا على التقدم فى تحليل العلاقة بينها وبين الأمراض النفسية. ويمكن أن نعتمد التعريف التقليدى والمبكر الذى

استعدادات وراثية للاضطراب، ويمكن أن تكون من عوامل المرض أن لم تكن على هذه الصورة. كذلك فإن الأسرة والرفاق من العوامل الثقافية الاجتماعية يمكن أن تكونا من عوامل الصحة والسواء إذا كان المناخ الأسرى وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة تعكس استقراراً أسرياً وعلاقات سوية، وإذا كان الرفاق من ذوى المعايير الاجتماعية والخلفية المقبولة ويتصفون بالسواء، والعكس صحيح فإنهما يمكن أن يكونا من عوامل الاضطراب إذا كان التفاعل الأسرى شاذاً، وإذا كانت مجموعة الرفاق جانحة أو غير سوية فى علاقاتها وتوجهاتها.

وقد درست المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية للسلوك والشخصية فى حال السواء فى العديد من الدراسات والبحوث كشفت عن فروض لها قدر من التأييد عن بعض العلاقات التى تربط بين عوامل معينة وأساليب سلوكية أو سمات شخصية ترتبط بها. كما درست العلاقة بين كل من العوامل البيولوجية. والعوامل الثقافية من ناحية وسمات الشخصية فى حال اللاسواء أو المرض من ناحية أخرى وأن كان ذلك بدرجة أقل. وهناك أيضاً فروض نالت حظاً من التأييد والتدعيم تربط بين بعض حالات للعوامل البيولوجية أو الثقافية وصور مقابلة من الاضطراب العقلى. وإذا كانت العلاقات بين اختلال العوامل البيولوجية واختلال السلوك علاقة ثابتة ومستقرة إلى حد كبير بصرف النظر عن المكان والزمان فإن العلاقة بين العوامل الثقافية وما يمكن أن يترتب عليها من اضطراب للسلوك والشخصية ليست كذلك، حيث تختلف هذه العوامل من مجتمع إلى آخر ويكون للمتغير الواحد معنى ودلالة فى ثقافة تختلف عما له فى ثقافة أخرى. وحتى داخل الثقافة الواحدة يتغير مفهوم دلالة المتغير من فترة زمنية لأخرى. فإذا اختلفت الاضطرابات النفسية من مجتمع إلى آخر من حيث معدلات الانتشار أو من حيث الأعراض والزميلات فإن الثقافة تكون هى العامل الحاسم وراد هذا التباين فى هذه الصور اللاسوية من السلوك. إذن فهناك دور مفترض للثقافة فى نشأة وتطور المرض الذى يصيب أبناء هذه

قال به تيلور أن الثقافة هي ذلك الكل المعقد الذي يشمل المعرفة والعقيدة والفن والأخلاق والقانون والعادات وكل القدرات والعادات الأخرى التي يكتسبها الإنسان كعضو في المجتمع، 1913 Tylor E، على الرغم من أن هذا التعريف يفتقر إلى خاصية التنظيم ويعتمد على التجميع.

٢ - الأمراض النفسية (السيكوباتولوجي):

وأما فيما يتعلق بالأمراض النفسية والعقلية فسندقتصر في هذه الدراسة على الاضطرابات النفسية والعقلية غير العضوية non organic، أو التي اصطلح على تسميتها بالاضطرابات الوظيفية Functional disorders أو الاضطرابات نفسية المنشأ Psychogenic disorders. ويمكن أن تشير إلى هذه الاضطرابات كما تثبتتها أدلة التشخيص السيكاتري أو الطب النفسية كالاتي:

أ - اضطرابات عصابية: وتتسم بسيادة القلق وبصعوبة في التوافق وكثرة استخدام الميكانيزمات الدفاعية ولكن صلة العصابي بالواقع لازالت قائمة. وتشمل:

- العصاب الصدمي Traumatic neurosis

- استجابة القلق Anxiety reaction

- توهم المرض Hypochondriasis

- الاستجابة التحولية Conversion reaction

- الاستجابة الانفصالية أو التفككية

Dissociative reaction

- الخوفات المرضية Phobias

- العصاب الوسواسي القهري

Obsessive-Compulsive Neurosis

- الإكتئاب الاستجابي Reactive depression

ب - اضطرابات جسمية نفسية (سيكوسوماتية- Psycho-somatic) وهي اضطرابات لها آثارها على الجسم ولكنها تعود إلى عوامل انفعالية وتشمل:

- استجابات الجلد Skin reactions

- استجابة الجهاز العظمي والعصلي

Musculoskeletal reactions

- استجابات متعلقة بالجهاز التنفسي

Respiratory reactions

- استجابات الجهاز الدوري

Cardiovascular reactions

- استجابات الجهاز الهضمي

Gastrointestinal reactions

ج - اضطرابات الخلق: وتتسم بأنها أساليب سلوكية ضد قواعد السلوك وأخلاقيات المجتمع وتشمل:

- استجابات مضادة للمجتمع (سلوك سيكوباتي)

Antisocial reactions

- استجابات منفصلة عن المجتمع

Dyssocial reactions

- الادمانات (الاعتماد الفيزيولوجي أو التعود السيكلوجي على العقاقير والمواد المؤثرة عقليا)

Addictions

- الانحرافات الجنسية Sexual Deviations

د - اضطرابات ذهانية وتتسم بعمق الاضطراب وشموله ويتضرر العلاقة مع الواقع وتشمل:

- اضطرابات وجدانية Affective Disorder

- اضطرابات بارانية Paranoid Disorder

- اضطرابات فصامية Schizophrenic Disorder

وعلى أية حال فإن تعبير السيكوباتولوجي (Psycho-pathology) الذي يستخدم كثيراً في الأدبيات الخاصة

بالسلوك المختل أو اللاسوى بكل صورة يفترض أنه يعنى الدراسة العلمية للاضطرابات النفسية والعقلية، ويشمل كل الأسباب والعوامل المرتبطة بنشأة المرض ونموه، امتد واتسع وأصبح ميداناً عريضاً من الدراسة ربما يتصل بعلم كثيرة منها، علم الكيمياء الحيوية Biochemistry وعلم العقاقير Pharmacology والطب النفسى Psychiatry وعلم الأعصاب Neurology وعلم الخلايا Cytology وعلم النفس التجريبي Experimental psychology والموضوعات الأخرى ذات العلاقة، (جابر، كفافى، ١٩٩٣)، ولكننا نؤكد مرة أخرى على أن الدراسة الحالية تتناول تأثير الثقافة على الاضطرابات النفسية الوظيفية أو غير العضوية.

ج - خطة الدراسة :

وتتمثل خطة الدراسة فى محاولة تناول العلاقة بين الثقافة والأمراض النفسية (السيكوباتولوجى) من خلال بحث الجوانب الآتية:

- أثر الثقافة على الشخصية.
- العوامل الثقافية والأمراض النفسية داخل المجتمع الواحد.
- تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية ومشكلاته المنهجية.
- الثقافة وبعض الفئات التشخيصية.
- الزملات المرضية المرتبطة بالثقافة.

أولاً : تأثير الثقافة على الشخصية :

أ) ثلاثية المجتمع، الثقافة، الشخصية :

إذا كانت الشخصية هى التنظيم الذى يضم صفات الفرد العقلية والانفعالية والخبرات الأخرى التى اكتسبها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية فإن الصلة بين الشخصية والثقافة تكون صلة وثيقة جداً. لأن الفرد يولد فى مجتمع،

والمجتمع له ثقافة حددت سلفاً قبل ميلاده - طبقاً لمعاييرها - أساليب السلوك المستحسنة وأساليب السلوك المستهجنة، وعلى الفرد لكى يتمتع بعضويته فى المجتمع ويحظى بحمايته من خلال انتمائه له أن يستدخل معايير الثقافة وأن تصبح جزءاً من تكوينه ومن شخصيته.

وإذن فالعلاقة وثيقة جداً بين مثلث المجتمع، الثقافة، الشخصية، باعتبار أن المجتمع هو الجماعة المنظمة من الأفراد بينما الثقافة هى مجموعة من الاستجابات المكتسبة التى يتميز بها أفراد هذا المجتمع. أما الشخصية فهى التنظيم السيكلوجى للفرد عضو المجتمع (كفافى، ١٩٩٠، ١٥٥). ويعتبر هنت (Hunt)، هورتون (Horton) أنه من المتوقع أن تكون العلاقة بين الشخصية باعتبارها التنظيم السيكلوجى للفرد عضو المجتمع والثقافة باعتبارها أسلوباً للحياة فى المجتمع علاقة وثيقة جداً. «لأن الثقافة والشخصية بمعنى من المعانى وجهان لعملة واحدة»، وينقلان نصاً عن (سبيرو Spiro) يقول فيه أن نمو الشخصية واكتساب الثقافة ليستا عمليتين مختلفتين، ولكنهما عملية واحدة من حيث اعتمادهما على التعليم. وفى المجتمعات حسنة التكامل تعبر الشخصية عن ثقافة المجتمع، بينما تكون الثقافة تجريد لسمات الشخصية (Hunt, C. & Horton, P. 1972, 91-92).

وتبدو أهمية البعد الثقافى فى تشكيل الشخصية فى أن الشخصية الإنسانية تنظيم سيكلوجى لا يتبلور إلا فى ظل مجتمع له تنظيم ثقافى معين ومن خلال أساليب تنشئة اجتماعية قائمة على معايير وقم وأنماط سلوكية ارتضاها هذا المجتمع. فكما يقول رالف للتون أنه «ليس ثمة شك فى أن الثقافة مسئولة عن الجزء الأكبر من محتوى أى شخصية، وكذلك عن جانب مهم من التنظيم السطحى للشخصية وذلك عن طريق تشديدها على اهتمامات أو أهداف معينة، .. لأنه ليس للفرد أى شخصية عند الولادة، وكل ما يملكه آنئذ هو القدرة على تطوير الشخصية وعدد قليل من العناصر التى ستندمج فى التشكيل النهائى.

(لنتون، ١٩٦٤، ٦٠٩). ويستطرد لنتون في تأكيده على أن عملية تكوين الشخصية هي بالدرجة الأولى عملية يجرى فيها تفاعل خبرات الفرد مع صفاته التركيبية أو الوراثية ليتشكل من هذا التفاعل وحدة وظيفية متكاملة تكيفت أجزاؤها بعضها مع بعض تكيفاً متبادلاً. ويستمر هذا التفاعل طوال حياة الفرد، وإن كان يحدث بشكل أساسي ومكثف في السنوات الأولى من العمر حيث أنها السنوات التي تنسج فيها الخيوط التي يتكون منها نسج الشخصية. ومرة ثانية يؤكد لنتون على أهمية التأثير البيئي - وهو هنا يتحدث عن البيئة بشقيها الطبيعي والاجتماعي - في قوله أن البيئة تتحكم في الخبرة، ثم يذكر أن الثقافة عن طريق تأثيرها على البيئة تؤثر على الخبرة وبالتالي على الشخصية لأن البيئة «حتى البيئة الطبيعية التي توفرها منطقة جغرافية معينة لا تؤثر على الفرد إلا بعد أن تكون قد ترشحت خلال مرورها من مصفاة تقيمها الثقافة بين الإنسان والطبيعة» (لنتون، ١٩٦٤، ٦١٠-٦١١).

ب) برونسلاو مالينوفسكى:

وقد ارمصت الأعمال المبكرة لجيل الانثروبولوجيين الرواد مثل (برونسلاو مالينوفسكى Malinowski) و(مرجريت ميد Mead) بالعلاقة بين الثقافة والشخصية. في العقدين الثاني والثالث من القرن العشرين. وقد بدأت هذه الأعمال بهدف التحقق من بعض الآراء والفروض والنظريات التي ظهرت وانتشرت في بداية القرن العشرين مثل نظرية فرويد (Freud) في العقدة الأوديبية وآراء (ستانلى هول Stanly Hall) في أزمة المراهقة. فقد عمد مالينوفسكى إلى التحقق من فرض فرويد المتضمن في (عقدة أوديب) فدرس تنظيم الشخصية بين سكان جزر التروبريانند The Trobriand Islands. وعقدة أوديب كما قال بها فرويد تفترض أن الطفل ابتداء من العالم الثالث من عمره يميل إلى الوالد من الجنس المخالف ويشعر بمشاعر الغيرة نحو الوالد من جنسه، ولكن مع تقدم الطفل في مراحل النمو وإذا لم تحدث أخطاء في التربية أو لم

يحدث تطرف أو مغالاة في أساليب التنشئة الوالدية فإن هذه العقدة تصفى، بمعنى أن مشاعر الطفل السلبية تجاه الوالد من جنسه تأخذ في التحول من الجانب السلبي إلى الجانب الإيجابي، ويبدأ في التقارب من هذا الوالد ومن ثم التطابق معه وهو ما يسميه فرويد بعملية التوحد (Iden-tification). وكان منطلق مالينوفسكى أنه لا يجوز فرض فروض سيكولوجية عامة - مثل فرض عقدة أوديب - على أساس ثقافة معينة. فما حدث في حال عقدة أوديب - من وجهة نظر مالينوفسكى - أن فرويد افترض هذه العقدة أو المركب Complex بناء على ملاحظاته لبنية الأسرة وطبيعة العلاقة بين أفرادها في مجتمع معين وهو المجتمع الأوروبي في نهاية القرن التاسع عشر وقال بعالمية نمط العلاقات الأسرية الذي تلخصه عقدة أوديب. ويذكر مالينوفسكى في تقريره أنه لم يجد في جزر التروبريانند ما يشير إلى عقدة أوديب كما تحدث عنها فرويد، انطلاقاً من أن بنية الأسرة وطبيعة العلاقات بين أفرادها والأدوار التي تحددتها الثقافة لكل من الأم والأب وبعض الأقارب كالأخال تختلف تماماً عما هو معروف في النمط الأسرى الحديث الذي نعرفه والذي يفترض أن فرويد استوحاه في نظريته.

هذا النمط من العلاقات الأسرية المبين تماماً للنمط الغربي كان من الضروري أن يخلق نمطاً مغايراً من العلاقات بين الأبناء والآباء. فلم يجد مالينوفسكى تلك المشاعر السلبية التي يشعر بها الابن نحو الأب، تلك المشاعر التي يزعم فرويد أنها تنشأ نتيجة إدراك الابن لوالده كمزاحم له في عواطف الأم، بل العكس فإن المشاعر كانت ودية بين الأبناء والأب، بينما كانت باردة نحو الخال باعتباره أحد مصادر السلطة الكافة.

ج) مرجريت ميد:

ومن الأمثلة الكلاسيكية أيضاً في موضوع تأثير الثقافة على نمو الشخصية والتي أسهمت في بلورة مجال الدراسات عبر الثقافة للشخصية دراسات (مرجريت ميد) حول مرحلة المراهقة. فقد كانت كتابات (ستانلى هول)

(د) روث بندكت:

ومن رواد مدرسة «الثقافة - الشخصية» أيضاً وأكثرهم حماساً روث بندكت Ruth Benedict الذى ذهب مثلاً عبر سبيلو عن أن عمليتي نمو الشخصية واكتساب الثقافة ليستا عمليتين منفصلتان ولكنهما عملية واحدة، وأن الشخصية بذلك تعكس الوجه السيكولوجي للثقافة بينما تعد الثقافة تجريداً لسمات الشخصية. وقد انتهت بندكت إلى ذلك من تحليلها لعدد من الدراسات التى قام بها الانثروبولوجيون لبعض المجتمعات. وعملت على كشف ورصد العلاقة بين الأنماط الثقافية السائدة فى هذه المجتمعات وبين سمات الشخصية عند أفرادها وكتبت كتابها (أنماط الثقافة Patterns of Culture) عرضت فيه لأنماط متباينة من الثقافة يقابلها أنماط من الشخصية تتفق وهذه الثقافة. فقد أشارت إلى قبائل الزوني Zuni فى جنوب غرب الولايات المتحدة التى انتجت ثقافتها شخصيات هادئة وادعه تميل إلى الإيثار ولا تميل إلى العنف أبداً ولذا وصفت بالنمط الأبولى أو الملائكى Apol-Ionian. كما أشارت إلى قبائل الكواكتيل Kwakwtol فى شمال غرب أمريكا فهم يختلفون عن سابقهم، حيث يميلون إلى الفردية والتسلط والملكية الخاصة وينخرطون فى عداوات وصراعات من أجل الاستئثار بالنفوذ والسلطة والثروة. ولذا فهم عند بندكت يمثلون النمط الديونيسى أو الشهوانى Dionysian. كذلك شملت مقارناتها وتحليلاتها قبائل الدوبو Dubo بالقرب من غينيا الجديدة، وهم أناس يميلون إلى التشكك والإرتياب ويسود علاقاتهم قدر من المشاحنات والتوترات.

هذه الأنماط المختلفة من الثقافات من شأنها انتاج أنماط مختلفة من الشخصيات متسقة مع النمط الثقافى الذى تربت فى ظله. وعلى هذا فإن بندكت كانت ترى أنه يمكن فهم السلوك الإنسانى فهماً أفضل إذا ما عرفنا طبيعة المناخ الثقافى الذى يحدث فى إطاره هذا السلوك.

وتلاميذه قد تركت انطباعات بأن مرحلة المراهقة تمثل أحد أزمات النمو. وأن هذه الأزمة - شأنها شأن عقدة أوديب عند فرويد - أزمة فطرية لها طابعها البيولوجى التكوينى، وذلك لأنها مرحلة اضطراب انفعالى شديد يرتبط بالحاح الدافع الجنىسى. ويميل المراهق إلى الاعتداد بنفسه اعتداداً يجعله مفرط الحساسية، ويصطدم بوالديه إضافة إلى حيرته بين ميله الشعورى إلى الاستقلال عن والديه ورغبته فى الاعتماد على نفسه، وبين ميله اللاشعورى إلى استمرار الارتباط بالوالدين والاعتماد عليهما. وتذهب هذه الوجهة من النظر إلى أن المراهق فى كل المجتمعات يمر بهذه الأزمة النمائية ولا يتجاوزها إلا بتجاوز مرحلة المراهقة نفسها. وقد عارضت مرجريت ميد هذه الآراء وأكدت أن مرحلة المراهقة مرحلة أزمة بالفعل ولكنها أزمة اجتماعية ثقافية وليست أزمة فطرية واستشهدت بما وجدته فى مجتمع غينيا الجديدة من أن المراهقين لا يخبرون هذا الاضطراب الانفعالى الذى يعانیه المراهقون فى المجتمعات الحديثة. فالثقافة فى المجتمعات البسيطة مثل مجتمع غينيا الجديدة تتيح للأطفال أن تنمو شخصياتهم فى جو يسمح لهم بإشباع دوافعهم كما يحصلون على قدر كبير من الرعاية والاهتمام والاعتراف بذواتهم من جانب الكبار. ولذا تمر المراهقة فى هذه المجتمعات بدون هزات انفعالية (ميد د. ت. ١٦٧-١٩٣).

ووصلت ميد إلى القول بأن ما يسمى (الطبيعة الإنسانية) يعد نتاجاً ثقافياً، ولذا فهي تذهب إلى أن الفروق الجنسية بين الذكور والإناث فى أساليب التفكير وفى الجوانب المزاجية ليست فروقاً بيولوجية تحتتمها الخصائص التشريحية والفيزيولوجية للذكورة والأنوثة بقدر ما هى فروق ترتبت على الأوضاع الحضارية والثقافية التى تحدد الأدوار لكل من الرجل والمرأة. وقد استقرت الأساليب السلوكية المرتبطة بدور كل من الجنسين داخل الأسرة وفى المجتمع وأدت إلى هذه الفروق التى نلمسها الآن بين الرجل والمرأة. (Mead. 1971, 170).

هـ) مفاهيم خاصة بالعلاقة بين الثقافة والشخصية:

وقد قدم ابراهيم كاردينير Abraham Kardinar مفهوماً أكثر دينامية في التعبير عن تأثير الثقافة على الشخصية، وهو مفهوم الشخصية الأساسية Basic Personality. و كاردينير أحد الأطباء النفسيين الذين اغرموا بالدراسات الانثروبولوجية، واستطاع أن يحقق في أعماله درجة كبيرة من الامتزاج بين الانثروبولوجيا وعلم النفس والطب النفسى. وينطلق كاردينير من منطلق منطقي بسيط وهو أن الثقافة داخل كل مجتمع تقوم على قيم ومعايير، وهذه القيم والمعايير تحدد إلى درجة كبيرة مضمون وأساليب التنشئة الاجتماعية التي تحدد بدورها تعلم استجابات سلوكية واحدة أو متشابهة لمواجهة كثير من المواقف الهامة في الحياة. ومن درجة تشابه الشخصية باعتبارها جهاز الاستجابات في كل ثقافة يفترض كاردينير وجود الشخصية الأساسية داخل كل ثقافة أو في كل مجتمع.

ويرى كاردينير أن مفهوم الشخصية الأساسية أداة دينامية وفعالة في ميدان الأبحاث الاجتماعية، ويذكر أنه لم يكن «وليد أحكام بديهية جاهزة لا تقوم على الاختبار والتجربة، إنما كان نتيجة الدراسة التحليلية التي أجريت على ثقافتين وصفهما لنتون - ثقافتى قبيلتى التتالا والماركيز - بقصد تحرى العلاقة بين الشخصية والمؤسسات (الاجتماعية) وكشفت هذه الدراسة النقاب لأول مرة عن الامكانيات المتوافرة في مبادئ التحليل النفسى، (كاردينير، ١٩٦٧، ٢٠٠).

وعلى هذا فإن مفهوم الشخصية الأساسية يعتمد على نظرية التحليل النفسى التي تفترض علاقته وثيقة بين الخبرات الطفلية الأولى ونمط الشخصية في الكبر، ولكن العلماء من كافة المشارب النظرية يقبلون بهذا المفهوم ويستخدمونه لأنه لا يتعارض مع المنطلقات النظرية لكل الاتجاهات في علم النفس، (كفاى، ١٩٩٠، ١٥٩).

وقد تدعم افتراض الشخصية الأساسية بتحليل بعض الدراسات التي تناولت ثقافات قبائل أخرى غير التتالا والماركيز مثل التقارير التي كتبتها (كورا دويوا) (Cora Dubois) عن بعض القبائل البدائية في جزر الألور في أندونيسيا. وهى قبائل تعتمد في تنشئة أطفالها على أساليب تتسم بالخشونة. فالأم لا تبقى فترة طويلة بجانب ابنها الوليد لأنها تتركه في رعاية الأقارب أو الإخوة الكبار وتخرج للعمل. ويخبر الرضيع فترات طويلة من الوحدة والجوع ملفوفاً في حصير ومعلقاً على الحائط حتى تعود أمه من العمل ولا يتناول غذاؤه في فترات منتظمة. وقد انعكس هذا الأسلوب في التربية على طباع أفراد هذه القبائل حيث يتسمون بالعدوانية ولا يحتفظون للأم بصورة الشخص المحب الحانى ولا ينظرون إليها باعتبارها مصدراً للدفاء والغذاء، بل أن صورة الأم كما ظهرت في القصص الشعبى أقرب إلى صورة المرأة الشريرة أو الساحرة التي تهجم الأطفال وتخطف طعامهم، والطعام كموضوع وكهدف. وقد طالما حرموا منه - له قيمة أساسية في ديانتهم التي لا تقوم على أهداف إيجابية بقدر ما تقوم على تجنب الشرور والآثام.

ومن المصطلحات التي شاعت واستخدمت أيضاً في الأدبيات الخاصة بدراسات الثقافة والشخصية مفهوم الشخصية القومية National Personality وهو مصطلح ينسب إلى جوردون البورت Gordon Allport. وقد لاحظ البورت أن الطفل ينشأ حسب الثقافة الواقعية وليس حسب الثقافة المثالية، كما أن السلوك النهائى للفرد هو محصلة التفاعل بين الاستعدادات التكوينية والأنماط الثقافية المحيطة إضافة إلى الاستعدادات المزاجية التي قد تقوم بدور انتقائى فيما يتعرض له الفرد من خبرات في البيئة وما يمكن أن يتعلمه من المواقف التي يتعرض لها.

ومفهوم الشخصية القومية لا يختلف كثيراً في جوهره ومضمونه عن مفهوم الشخصية الأساسية إلا أن الأول يتعلق بالمجتمعات القديمة الراسخة وكبيرة العدد والتي

وهذه العوامل قد تكون من قبيل الثقافة الفرعية، أو أن تكون حالة طارئة تمر بالمجتمع، أو أن تكون عوامل يتعرض لها بعض أفراد المجتمع وتشكل عوامل ضاغطة عليهم.

والإشارة إلى هذه العوامل من شأنها أن تلقى ضوءاً على حجم التأثير الذي تحدثه الثقافة بمتغيراتها في الاضطرابات النفسية الوظيفية. وأهم هذه العوامل هي:

أ) الطبقة الاجتماعية:

تشير معظم البحوث إلى شيوع الاضطرابات النفسية بصفة عامة بين أبناء الطبقة الدنيا إذا ما قورنوا بأبناء الطبقتين العليا والوسطى. وهناك دراسات أخرى ترجع نتائجها شيوع العصاب من أبناء الطبقتين الوسطى والعليا أكثر مما يحدث بين أبناء الطبقة الدنيا في مقابل شيوع الذهان - باستثناء ذهان الهوس والاكتئاب - بين أبناء الطبقة الدنيا أكثر مما هو بين أبناء الطبقتين الأخيرتين. ومن التفسيرات التي تقدم لهذه النتائج العامة، أنه من المنطقي أن تنتشر الأعراض العقلية في الطبقة الدنيا بنسبة أكبر لأن معدل الاحباط في هذه الطبقة يكون أكبر بفعل الدخول الاقتصادية المنخفضة وظروف العمل الأكثر مشقة وعدم توافر الرعاية الطبية وبقية الخدمات الأخرى بنفس الدرجة وعلى نفس المستوى كما هي بين أفراد الطبقة العليا، (كفافي، ١٩٧١، ٢٠٣) بينما يرتبط شيوع العصاب في الطبقتين الوسطى والعليا بسبب مشكلات الفراغ والتنافس في مجال العمل والمال والمكانة الاجتماعية.

ومن الدراسات الشهيرة والكلاسيكية في هذا الميدان الدراسة الرائدة التي أجراها عام ١٩٥٨ على مجموعة من المرضى في ولاية كونيكتيكت كل من هولنجز هيد Ho-Redlich وهو عالم اجتماع، رديتش Redlich وهو طبيب نفسي. وكانا قد صنفا المرضى إلى خمس فئات تمثل الطبقات الاجتماعية، تضم المجموعة الأولى الذين ينتمون إلى أسر كبيرة ومن خريجي الجامعات ومن

يصح أن يطلق عليها لفظ أمة Nation بينما يرتبط المفهوم الثاني بالمجتمعات البدائية قليلة العدد. ولا يخفى درجة تعقيد المجتمعات الأولى عن المجتمعات الثانية، ومع ذلك فقد استخدمت فنيات كثيرة في دراسة القوميات مما استخدم في دراسة المجتمعات القبلية البسيطة وإن كانت في أطر مغايرة تتفق ودرجة تعقيد المجتمعات القومية.

كذلك من المفاهيم التي حفل بها الأدب الخاص بدراسات الثقافة - الشخصية مصطلح الشخصية المنوالية Modal Personality ولهذا المصطلح طابع كمي حيث يشير إلى الأنماط السلوكية الأكثر شيوعاً وتكراراً بين أفراد المجتمع. وينصب هذا المصطلح بالدرجة الأولى على السمات المحددة بصورة واضحة والتي تميز أفراد المجتمعات الثابتة والمستمرة عن غيرهم من أفراد الجماعات الطارئة أو التي ليس لها فترة طويلة من الدوام. وجوهر الشخصية المنوالية هو الأنماط السلوكية التي تميل الثقافة إلى تدعيمها. علماً بأن هذا الفهم للشخصية المنوالية يعنى أنها تتغير حسب القيم التي تؤكدتها الثقافة عبر تطورها وحسب الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية والقيم التي تسود في كل فترة زمنية معينة.

ثانياً: العوامل الثقافية والأمراض النفسية داخل المجتمع الواحد:

قبل أن نتحدث عن المجال عبر الثقافى في الاضطرابات النفسية نشير إلى بعض العوامل ذات الطبيعة الثقافية الاجتماعية Sociocultural داخل المجتمع والتي تؤثر في مدى انتشار Prevalence المرض أو معدل الإصابة Incidence به. وتقصد بمدى الانتشار عدد الحالات المرضية الحادثة في المجتمع. ويتخذ العدد هنا كمؤشر على العدد الكلى للمرضى، أما معدل الإصابة فيقصد به عدد الحالات التي أصيبت بالمرض حديثاً، ويتخذ العدد كمؤشر على المعدل الحالى للوقوع في المرض.

ج) التعصب والتفرقة العنصرية:

يظهر مفعول هذا العامل في المجتمعات التي تضم اقلية عرقية أو دينية تتعرض للتعصب أو يمارس ضدها نوع من التفرقة العنصرية. ويدرك افراد هذه الاقلية سلوك التعصب نحوهم والتفرقة بينهم وبين باقى المواطنين كعامل ضاغط يولد قدرا من الشعور بالاضطهاد والظلم. اذ يتجه التعصب من الاغلبية أو من الجماعات القوية فى المجتمع ضد الاقلية أو الفئات الضعيفة ويترتب على ذلك ان يشعر افراد الاقلية بمشاعر الاحباط ويخبرون مشاعر سلبية قوامها السخط والعداء نحو الاغلبية. وفى معظم الحالات لا يستطيعون ان يوجهوا عداوتهم نحو الاغلبية والجماعات القوية - المصدر الاصلى للاحباط - فتجد هذه المشاعر الحبيسة متنفسا لها فى الاعراض المرضية او السلوك اللااجتماعى. ومن الصعب على الفرد الذى يفشل فى الحصول على مكانة مقبولة فى النظام الاجتماعى الذى يعيش فيه ان يحقق درجة معقولة من التوافق الشخصى أو الاجتماعى أو يشعر بالامن او الرضا عن نفسه. (كفاى، ١٩٩٠، ٢٠٠).

د) الزواج والحياة الزوجية:

الافتراض الشائع على نطاق واسع ان الاضطرابات النفسية تنتشر بدرجة اكبر بين غير المتزوجين من الارامل أو المطلقين أو الذين لم يسبق لهم الزواج اكثر مما تنتشر بين المتزوجين - وتعزز نتائج الدراسات والبحوث هذه المقولة. وقد يستند ذلك الى ان الزوج يجد فى زوجة شريكا وسميرا يأنس اليه كما ان اشباع الحاجات الجنسية فى الاطار الاجتماعى يساعد على الثبات الانفعالى ويحمى الفرد من كثير من التوترات، كما ان الزواج يعطى مكانة اجتماعية ويشبع الحاجة الى الانتماء. ويتوقف هذا بطبيعة الحال على ادراك الزوجين ما اذا كان الزواج يشبع حاجاتهم أو لا يشبعها والى اى درجة يحدث هذا الاشباع. وقد اشارت بعض البحوث الى وفاة احد الزوجين باعتباره عاملا صادما للزوج الآخر. ويتصدر موت الشريك قائمة

شاغلى الوظائف الادارية الكبرى وتتدرج الفئات حتى الفئة الخامسة التى تمثل الطبقة الدنيا وتضم اصحاب الاعمال اليدوية بالمصانع والعمال غير المهرة الذين لم يواصلوا تعليمهم بعد المرحلة الابتدائية. وقد لخصا نتائج دراستهما كالآتى: «العصابيون فى الطبقة الخامسة يسوء سلوكهم، والعصابيون فى الطبقة الرابعة يشكون الاوجاع الجسمية ومريض الطبقة الثالثة يدفع عن نفسه بالخوف ومريض الطبقة الاولى والطبقة الثانية غير راض عن نفسه. كذلك كان معدل الاصابة بالذهان بين افراد الطبقة الخامسة حوالى ثلاثة اضعاف الطبقتين الاولى والثانية مجتمعين، (سوین، ١٩٧٩، ١٦٥-١٦٦).

ب) التحضر والموقع البيئى:

تكاد نتائج الدراسات تجمع ان انتشار الاضطرابات النفسية بين سكان المدن اكثر مما هو بين سكان الريف ويذكر بعض الباحثين ان معدلات الاصابة فى المدن الكبرى تصل ضعف معدلاتها فى الريف. ويتسق مع هذه النتائج ان معدلات الانتحار تزيد مع زيادة كثافة السكان فهى فى المدن الكبرى اكبر مما هى فى المدن الصغرى، وفى الأخيرة اكبر مما هى فى الريف. وتطبق هذه العلاقة ايضا وبصفة عامة على ادمان المخدرات وتعاطى الكحوليات. والتفسير الشائع لذلك ان الافراد فى المدن الكبرى يفتقدون العلاقات الشخصية الانسانية، كما انهم يتعرضون لضغط التنافس الشديد فى العمل فى ظل نظام يستغنى عن العامل الذى لا يواكب الوان التقدم التكنولوجى واساليه فى العمل. (Coleman, 1984, 328).

علما بأن الاعداد الكبيرة من المرضى والمدمنين للمخدرات والمتعاطين للكحوليات فى المدن يتركزون فى بعض احياء وسط المدينة والاحياء الشعبية أو الفقيرة منها، سواء كانت هذه الاحياء فى قلب المدينة أو فى اطرافها ويقل اعداد هؤلاء فى اطراف المدينة وحياتها الاخرى التى يسكنها الافراد من أصحاب المستوى الاقتصادى والاجتماعى المرتفع. (Coleman, 1984, 398).

وقد تعرضت الأسرة إلى مجموعة من التغيرات أهمها خروج المرأة إلى العمل خارج المنزل، ونزوح كثير من الأسر من الريف إلى المدن. وقد انعكست هذه التغيرات على مجال القيم المرتبطة بالأسرة وبالأدوار التي يقوم بها كل من الزوجين، هذا علاوة على التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تحدث في المجتمع وتتأثر بها الأسرة. وقد لا تكون الأسرة جاهزة أو مستعدة للتأقلم والتكيف مع هذه التغيرات فتتحول - على الأقل - في بعض الفترات إلى عامل ضغط ومولد للتوترات عند أحد الزوجين أو كلاهما.

(هـ) التسارع الاجتماعي:

التغير سنة من سنن المجتمع. فالمجتمع تنظيم دائم التغير، وهذا أمر ليس بالجديد وقد ألفه الناس وعرفوه، ولكن الجديد أن سرعة التغير الاجتماعي تأخذ في الازدياد حتى بلغت حدا نستطيع أن نطلق عليه التسارع الاجتماعي. وقد حدث هذا على وجه الخصوص ربما مع بداية القرن العشرين بفعل الاكتشافات والاختراعات العلمية، وبفضل الانفجار المعرفي الذي يتمثل في مضاعفة المعرفة كل فترة تأخذ في التناقص، وبفعل ثورة المواصلات والاتصالات التي جعلت العالم كله قرية صغيرة يعرف كل طرف فيها ما يحدث في بقية الأطراف.

والتغير الاجتماعي تغير في القيم التي يتمسك بها أفراد المجتمع. وإذا لم يواكب تغير القيم تغير الجوانب المادية من الثقافة مثل الاكتشافات والاختراعات والمواصلات والاتصالات تحدث ظاهرة التخلف الثقافي Cultural Lag وهو تخلف يسبب كثيرا من مشكلات سوء التوافق لبعض الأفراد ممن لا يتصفون بقدر كاف من المرونة العقلية أو الاجتماعية حيث يتعرضون لضغوط شديدة نتيجة لعدم اتساق الجوانب المادية من الثقافة مع جوانبها غير المادية.

الاحداث الصادمة للانسان. كما ظهر من نتائج بحوث هولمز Holmes وزملاؤه الذين أعدوا مقياسا متدرجا بعنوان: مقياس اعادة التوافق الاجتماعي المتدرج Social Readjustment Rating Scale (SRRS) وهو أداة موضوعية لقياس الضغط المتراكم الذي يتعرض له الفرد خلال فترة من الزمن. ويقيس هذا المقياس ضغوط الحياة من زاوية وحدات تغير الحياة Life Change Units (LCU) وقد اظهر تطبيق المقياس ان موت الشريك Death of Spouse هو العامل الصادم أو الضاغط الأول في الحياة في قائمة تشمل ٤٣ (ثلاثة وأربعين) عاملا (Coleman, 1984, 149) وعند مراجعة سجلات مستشفيات الصحة النفسية يكون عدد المقبولين من غير المتزوجين تتراوح بين الضعف وثلاثة أمثال المتزوجين.

والحديث عن الزواج والحال الزوجية على هذا النحو يفترض درجة من التوافق الزوجي، ولكن إذا كان الاختيار الزوجي من البداية غير موفق أو أن الزوجين قد وجدا صعوبة في التفاهم أو حدث ما صدى العلاقة بينهما، في هذه الحال يتحول الزواج من عامل مرتبط بالاستقرار النفسي الى عامل يرتبط بالتوتر والضغط النفسي. وهذا يحدث في الحال التي لا يستطيع فيها الزوجان ان يحلا مشكلاتهما، أو أن يصلا الى الحد الأدنى من التفاهم الذي يحمي الحياة الزوجية من أن تكون سلسلة من المشاحنات المتصلة، الأمر الذي يجعل الزواج مؤسسة أو وضعا لا يحقق الاشباع الممنوعة به والمتوقعة منه. وإذا وصل الزوجان إلى هذه المرحلة فإنهما يشعران بالفشل والمرارة وخيبة الأمل والاحباط، ويتوفر بذلك المناخ المناسب لنمو الامراض النفسية. وقد يكون الطلاق وانهاء الحياة الزوجية خلاصا من هذه الحياة، لكن للطلاق ايضا مشكلاته الضاغطة. وفي بعض الحالات يرى الزوجان ان تستمر حياتهما الزوجية قائمة ولو كانت غير موفقة وغير سعيدة لاعتبارات اجتماعية ولا اعتبارات تربية تخص ابنائهما.

يحدث الصراع القيمي أساسا بين القيم القديمة أو الآفة مع القيم الجديدة أو البازغة. وتعتمد القيم القديمة على تمسك الآباء بها كما تعتمد القيم الجديدة على تحمس الأبناء لها. ويعم هذا الصراع حياة المجتمعات التي تتعرض بعنف للتغيرات، ويتسلل الى داخل الأسرة ويسبب درجة من الخلاف والتصادم بين الأبناء والآباء، ويخلق درجة من توتر العلاقات داخل الأسرة، أو يكون من عوامل التذبذب والاضطراب في المجتمع. وهو مناخ ينتشر فيه تعاطي المخدرات والكحوليات وتظهر فيه أساليب العنف والجريمة والانتحار وبعض الاعراض العصبية.

يحدث الصراع القيمي في صورته الحادة في المجتمعات النامية من جراء تعرضها لتأثيرات تأتي إليها من المجتمعات الصناعية والمتقدمة. أما المجتمعات الأخيرة فقد تخبر نوعا آخر من الضغوط لبعض أفرادها يتمثل في معاناة هذا البعض لما يسمى بالقلق الوجودي الذي يحدث نتيجة التساؤلات التي تلح عليهم حول بعض الظواهر ابتداء من التناقضات الحادة التي يراها بين فئات المجتمع، الى فقدان العلاقات الانسانية الحميمة بين الأفراد، الى التنافس المرير على المال والسلطة والمكانة، الى أزمة حرية التعبير في مجتمعات تسيطر فيها المصالح على أجهزة التعبير عن الرأي، وانتهاء بالتساؤل عن مغزى حياة الإنسان وهدف وجوده في ظل تراجع التعاليم الدينية وطغيان القيم المادية على حياة المجتمع. وقد يصبح الفرد في هذه المجتمعات لامنتحيا يرفض كل المعتقدات والأيديولوجيات والمبادئ ولا يرى جدوى في التمسك بها في بحثه عن أحداث التغيير الاجتماعي المرغوب، أو في مقاومة الضغوط التي تسببها هذه الأوضاع الاجتماعية والثقافية، أو حتى في بحثه عن خلاصة الفردى بالخروج من حالة العبث والفراغ واللامعنى التي يجد نفسه متورطا فيها.

وفي هذا الجو السيكولوجي نجد الاعراض النفسية فرصة للنمو والانتشار.

(و) العمل والمشكلات الاقتصادية:

ان النجاح في العمل وما يترتب عليه من اشباع من العوامل الاساسية في الاستقرار النفسي والتوافق الشخصي والاجتماعي. بل ان شعور الفرد بقيمته الشخصية ومدى تقديره لذاته - خاصة بالنسبة للذكور - يرتبطان الى حد كبير بمدى نجاحه في العمل. وبالمثل فان ادراك الفرد انه غير ناجح في عمله، او انه يؤدي عملا لقيمة له أو ضئيل القيمة يشعره بالدونية والهامشية ويمثل عاملا ضاغطا عليه، خاصة اذا كان اصحاب الطموح او ممن يتطلعون الى القيام بدور هام في بيئته ومجتمعه.

ومجال العمل هنا لا يقتصر على المهارات الفنية التي يتضمنها اداء العمل ولكنه يشمل ايضا طبيعة العلاقات التي تربط الفرد برؤسائه وزملائه ومروسيه في العمل. ويقدر ما تقوم هذه العلاقات على اساس انسانية صحيحة بقدر ما توفر اشباعا نفسيا واحساسا بالأمن الانفعالي. والعكس صحيح فإذا ما توترت هذه العلاقات وشابها مشاعر التحدي أو المنافسة الضارة غير الصحية أو التسلط فانها تصبح مصدرا من مصادر الكدر والقلق للفرد.

ومن الجوانب الهامة في مجال العمل المقابل المادى الذى يحصل عليه الفرد ومدى ادراكه انه ينال ما يستحقه من مقابل مادى ومن مزاي او تيسيرات . لان هذا الادراك يرتبط بمدى رضا الفرد عن عمله ومدى اقباله عليه وبالتالي مدى خبرته بالاشباعات التي يمكن ان يوفرها العمل. واذا ادرك الفرد انه لا ينال ما يستحق من مقابل لقاء عمله بالنظر الى دقة العمل، أو مدى الحرفية فيه، او بالنظر الى نوعية الاعداد والتدريب، والمؤهلات التي حصل عليها الفرد، او بالنظر لما يناله العاملون الآخرون المناظرون له في المؤهل أو في طبيعة العمل أو في سنوات الخبرة، أصبح العمل عامل تكدير وتوتر بدلا من أن يكون وسيلة لتحقيق الذات والشعور بالأمن والسيطرة.

كذلك من الجوانب التي تربط بالعمل ومهارات ادائه التغير في أساليب العمل واحتياج هذه الأساليب الجديدة

والتهديد المستمر يظلون متماسكين طوال فترة العمليات العسكرية، ولكن تنفجر لديهم بعد ذلك اعراض نفسية معظمها من الاعراض الجسمية النفسية، أو يمكن ان تحدث هذه الاعراض بعد فترة من التحمل التي يستطيعها الفرد. ولذا يقال ان الحرب تنتهى بالنسبة للعسكريين بانتهاء المعارك ولكنها تبدأ فى نفس اللحظة بالنسبة للنفسيين والاجتماعيين.

ثالثا: تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية ومشكلاته المنهجية:

(أ) تبلور المجال:

واذا انتقلنا من دراسة العلاقة بين العوامل الثقافية الاجتماعية والأمراض النفسية داخل المجتمع الواحد أو على مستوى الثقافة الواحدة الى دراسة هذه العلاقة على مستوى المقارنة بين الثقافات سنجد أن للثقافة دور فاعل أيضا حيث توفر لنا الدراسات المقارنة التي تمت بين الثقافات المختلفة قدرا كبيرا من المادة المتعلقة بالفروق والتباينات فى سلوك أبناء كل ثقافة عن أبناء الثقافات الاخرى، وتميزهم فى نفس الوقت بصفات شائعة بينهم، على الرغم من الفروق التي لاتنكر بين أبناء الثقافة الواحدة، وهو ما برر نشأة واستخدام مصطلحات مثل الشخصية الاساسية والشخصية القومية والشخصية المنوالية. ويمكن ان ننسب الفروق بين أبناء الثقافات المختلفة الى عوامل ثقافية بالدرجة الأولى حيث ان المتغيرات البيولوجية وكذلك قوانين ومبادئ تعلم السلوك واكتسابه واحدة عند بنى البشر، ولأن التباين فى وظائفها - عندما يحدث - تباين يرجع الى تفاعلها مع السياق الثقافى.

ومع أن القوانين التي تحكم الوظيفة البيولوجية واحدة (بما تتضمنها من قوانين وراثية ووظائف للجهاز العصبى ودور للهرمونات فى انتاج السلوك)، وكذلك قوانين عمليات اكتساب السلوك، فان تفاعلها فى الاطر الثقافية المتباينة من مجتمع الى آخر يجعلنا لا نتوقع فى مجال

الى مستوى اعلى من المهارة الفنية والمرونة وسرعة الاستيعاب. ويحدث هذا التغير الآن وبسرعة بفعل التقدم التكنولوجى المتمثل فى التوسع فى استخدام الحاسبات الآلية وميكنة كثير من العمليات التي كانت تؤدي بشكل يدوى. ويلاحظ أنه ليس لدى كل العاملين القدرة على مسايرة هذه التغيرات ومجاراتها والتوافق معها. ومن لم يستطع فعليه ان يواجه تحديا خطيرا أقله أنه يبدو امام نفسه وامام الآخرين كعامل غير كفء بعد ان كان - فى ظل اساليب وطرق العمل السابقة - عاملا ماهرا متوافقا. وفى معظم المجالات يسبب التقدم التكنولوجى واستخدام اساليب حديثة فى العمل فقدان عدد غير قليل من العاملين أعمالهم لأن من شأن هذه الاساليب الاستغناء عن اعداد من العاملين والاقتصار على اعداد قليلة من ذوى المستوى العالى من التدريب، مما يضع عددا من الافراد فى حالة بطالة وتعطل بما تمثله هذه الحال من وضع يفقد الفرد فيها أمنه الاقتصادى والنفسى، ويجعله مهبطا لمختلف صور الاضطرابات النفسية والجسمية.

(ز) الحروب:

الحرب من اقصى التجارب التي تمر على الأمم والشعوب. وأيا كان دوافع الحرب فان لها نتائج وخيمة شديدة الوطأة على الجوانب الاقتصادية والاجتماعية، حيث ان تكاليف الحرب تلتهم قدرا كبيرا من الدخل القومى اضافة الى ان عمليات الانتاج تتضرر، لان العاملين الممثلين للقوى الانتاجية يخرطون فى عمليات الحرب وتوجه كل طاقات الشعب وامكاناته للمجهود الحربى.

ولكن يلاحظ انه اذا كانت آثار الحرب الاقتصادية تظهر اثناء الحرب فان الآثار النفسية والاجتماعية تتأخر لما بعد انتهاء العمليات الحربية. فاضافة الى عصاب الصدمة الذى يصيب كثيرا من الجنود ممن يكونون مهينين له فان كثيرا من المدنيين ممن يعانون من التوترات ويعيشون فترة الحرب فى ظل الخوف والرعب

السلوك غير السوى ان تكون نسبة الانتشار Prevalance للامراض النفسية أو معدل الإصابة Incidence واحداً في كل الثقافات، وهو ما أكدته تقارير الانثروبولوجيين المبكرة، وكذلك الدراسات الثقافية المقارنة. ومن هنا بدأ يتبلور ميدان أو مجال الدراسات عبر الثقافية في الامراض النفسية. وقد تحمس العديد من الباحثين لهذا المجال حتى ان كثيراً منهم يرى ان دراسة الامراض النفسية من المنظور الثقافى المقارن يفيدنا فى فهم السلوك بصفة عامة والوقوف على الديناميات التى تكمن وراء تنظيم الشخصية داخل كل ثقافة وهى وجهة نظر صحيحة إلى حد كبير، لأنه إذا كانت الاضطرابات النفسية الوظيفية تنشأ فى ظل الضغوط الاجتماعية والثقافية، وفى ظل تحول العلاقات البينية الشخصية من ان تكون عاملاً مشجعاً إلى أن تكون عاملاً محبطاً مولداً للكدر والتوتر، وفى ظل الحرمان من الاشباع المناسب لحاجات الأمن والحب والانتماء والتقدير، وفى ظل قسوة الملابس المحيطة باشباع الحاجات الأولية، كلها عوامل تتغير من ثقافة إلى أخرى. فان دراسة الامراض النفسية تفيد الى درجة كبيرة من المنظور الثقافى، بل أن الفهم الصحيح والدقيق لهذه الامراض يكون على الأرضية عبر الثقافية. وقد تبين للباحث فى دراسة له عن التنشئة الوالدية والأمراض النفسية حجم الدور الهائل الذى تلعبه متغيرات التنشئة الوالدية، وصورة الوالد وصورة الوالدة وصورة العلاقات الأسرية عند المريض فى نشأة المرض ونموه (كفافي، ١٩٨٩).

وقد كانت ارمصاصات هذا المجال أو بدايته مع الدراسة التى قام بها مالىنوفسكى فى جزر التروبرياندا. وبدأ مجال الدراسات عبر الثقافية فى الامراض النفسية يتبلور حول تقييم التأثير النسبى للمتغيرات السيكولوجية والمتغيرات البيولوجية الوراثية فى سياق الثقافات المختلفة. وقد تحددت اهتمامات الباحثين فى هذا المجال حول الاجابة على بعض الاسئلة ترتبط بعلاقة الثقافة بالمرض النفسى. وقد حدد العيسى (Al-Issa) هذه الاسئلة فيما يلى:

- هل مفاهيم المرض النفسى وانظمة التشخيص الطب نفسية - السائدة فى أوروبا الغربية والولايات المتحدة - عالمية بمعنى انها تقبل التطبيق فى الثقافات الاخرى أو تناسبها؟

- هل معدلات الإصابة بالمرض العقلى واعراضه هى نفس المعدلات والاعراض عبر الثقافات المختلفة؟
- هل هناك اعراض أو زملاات ترتبط بالثقافة، او بثقافات معينة؟

- وإذا كانت هناك زملاات ترتبط بثقافة معينة فهل هى نفس انماط الزملاات المألوفة لدى الاطباء النفسيين فى الثقافة الغربية، ولكنها تختلف فقط فى التعبير عن نفسها، أم انها تمثل امراضا وكيانات طب نفسية مستقلة أو مختلفة؟ (Al-Issa, 1982, 41).

ومعظم الكتابات فى مجال الدراسات عبر الثقافية للامراض النفسية تهدف للاجابة على هذه الاسئلة، وبالتالي فان اكثر ما نعرضه فى هذه الدراسة هو ملخص لحصيلة النتائج التى انتهى اليها الباحثون فى هذا المجال للاجابة على هذه الاسئلة.

ومما يمثل نقله هامة فى بلورة هذا المجال تلك الرحلة التى قام بها إميل كريبيلن (Emil Kraepelin) فى بداية القرن العشرين الى جنوب شرق آسيا لانها كانت تهدف أيضا الى تبين طبيعة العلاقة بين الثقافة والشخصية فى حال اضطرابها، وبذلك فهى من الدراسات الرائدة والمثمرة فى ميدان التأثير الثقافى على السلوك غير السوى. وربما لأن كريبيلن كان طبيباً نفسياً فقد استرعى انتباهه اختلاف وتباين الاعراض المرضية فى بعض بلاد هذه المنطقة. ولكنه قرر ان المرض العقلى كما هو معروف فى الحضارة الغربية - مثل الخبل المبكر De-Manic mentia Praecox والزملة الهوسية - الاكتئابية - Manic depressive syndrome موجود فى المجتمعات غير الغربية ولكن بصورة مختلفة من حيث نسبة الانتشار

ومعدل الإصابة ومن حيث الاعراض عن مثيله في المجتمعات الغربية. كما استرعى انتباه كريبيل وجود زميلات ثقافية نوعية او خاصة وهى الزميلات التى ترتبط بثقافة معينة ولم تلاحظ فى غيرها وذكر «الأموك» (Amoke)، «اللاتاه» (Latah) مما سنذكره فى موضع نال فى هذه الدراسة، ولكنه ظن ان هذه الزميلات تكافىء أو تماثل امراضا عامة وشائعة فى الثقافات الغربية مما كان شائعا فى وقته مثل الهيستريا والنوبات التخشبية (الكتاتونية). ومرة اخرى لكونه طبيبا نفسيا وصاحب توجه بيولوجى يعرف ثبات القوانين البيولوجية فى انتاج السلوك فانه انتهى الى القول بعالمية الامراض النفسية وان التباين فقط يحدث فى بعض الاعراض المعبرة عن المرض، وهى وجهة نظر اثرت على عدد كبير من العاملين فى الميدان، وهى - على أية حال - مدعومة بالعديد من نتائج البحوث والدراسات.

وعلى هذا وجد فى المجال وجهتى نظر فى الامراض النفسية، احدهما نقول بعالمية الامراض النفسية وهذا القول يفترض انها جزء من الطبيعة الانسانية برغم أن هذه النظرة لا تستبعد التأثير الثقافى ولكنها تحصره فى تحديد العتبة التى تفصح عندها اعراض المرض عن نفسها. وقد يكون هذا صحيحا بصفة خاصة بالنسبة لبعض الاضطرابات التى لها اساس عضوى بيولوجى، وهى اضطرابات تشاهد فى معظم ثقافات العالم. اما وجهة النظر الاخرى فتؤكد ثقافية الامراض النفسية ولا ترى فيها شيئا عاما وعالميا وجزءا من طبيعة الانسان لا يمكن دفعه او تجنبه، وتعتمد وجهة النظر هذه على الامراض والزميلات المرتبطة بالثقافة.

كذلك فان الباحثين فى مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية قد ميزوا بين جانبين فى نشأة المرض النفسى ونموه، الجانب الأول وهو الجانب المولد للمرض Pathogenic والجانب الثانى وهو الجانب المشكل للمرض Pathoplastic. وربما كانت المتغيرات البيولوجية العضوية

وكذلك التفاعلات النفسية أقرب الى الجانب المولد للمرض بينما تكون المتغيرات الثقافية الاجتماعية أقرب الى الجانب المشكل للمرض. ويكون هذا التمييز متسقا مع وجهة النظر السابقة التى تنسب للثقافة دورا فى تحديد شكل المرض أو اعراضه، وفى توقيت ظهور هذه الاعراض، ولا تتعارض مع وجهة النظر التى تربط الامراض بدرجة أكبر بثقافة المجتمع (Al-Issa, 1982, 4).

وبشأن العوامل المرتبطة بنشأة الأمراض النفسية فهناك مدخلان المدخل الأول وهو الذى يمكن تسميته بالمدخل الخلقى لأنه يرى هذه الامراض كنتيجة للصراع بين الغرائز التى يولد الانسان مزودا بها والمبادئ الخلفية والاجتماعية التى تحددها الثقافة. واذا استخدمنا المصطلحات الفرويدية فان الصراع يكون بين الهى والأنا الأعلى حيث يرى فرويد أن الانسان يولد فى مجتمع له ثقافته ومحرماته، وسيخبر نوعا من الصدام مع المجتمع لا فكاك منه. اما المدخل الثانى فهو المدخل التطورى الذى يمثله أفضل تمثيل (سلفانو أرييتى Silvano Arieti) فالمرض النفسى لديه حركة تدهورية أو تكوسية تعود بالانسان الراشد الى الحال الطفولية. وفى الحالات الاكثر تدهورا قد ينكص حالة يفقد فيها المكتسبات الانسانية بالتدريج حتى ينتهى الى حال يكون فيها أقرب الى حال الحيوان، وهو ما يحدث فى اكثر مراحل المرض تقدما. ولذا يرى أرييتى أن سلوك المريض النفسى - خاصة الفصامى - شبيه بسلوك البدائى وسلوك الطفل (Arieti, 1967, 467). ويمكن الاستنتاج بناء على هذا المدخل أن الحضارة الغربية التى تمثل قمة التطور الحضارى فى عالم اليوم هى أقل الحضارات التى يتعرض ابناءؤها للأمراض النفسية بينما يكون ابناء الحضارات فى المجتمعات الاخرى اكثر عرضة للإصابة بالمرض، وهو استنتاج لا تعززه نتائج الدراسات المسحية المقارنة.

ومن الفروض العاملة فى مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية فرض الاستعداد - الضغط - Diathesis

stress hypothesis وقد أصبح مقبولا من معظم العاملين في المجال. يضع هذا الفرض صيغة تمزج بين الاستعدادات الوراثية من ناحية والضغوط البيئية من ناحية أخرى. فلكل ثقافة ضغوطها والموضوعات وحدود السلوك التي لا تتسامح فيها، وعلى كل فرد ان يواجه هذه الضغوط وان يتعامل معها وأن يتحملها. ولكن الافراد من ذوي الاستعدادات الوراثية المهيئة للاضطراب هم الاقرب الى الوقوع في برائن المرض. وتتباين الثقافات في قدر الضغوط التي تضعها على كاهل افرادها في هذه وتلك (الضغط والتسامح) يجعلنا لا نتوقع ان تكون الامراض النفسية بنفس المعدل او بدرجة واحدة من الانتشار في كل الثقافات.

كذلك فان تأثير الثقافة لم يقتصر على اسباب المرض او على اشكاله بل امتد الى اساليب العلاج المتبعة في مواجهة هذه الامراض. والطب الشعبي يحفل بطرق ومناهج عديدة تشتق من الثقافة التي ولد هذا الطب في احضانها. ويذكر «سوين» ان بعض قبائل الهنود الحمر يؤمنون بأن الروح تعبر عن رغباتهم اللاشعورية في صورة احلام، وعلى هذا يبنى العلاج على اساس الاحلام. كذلك فان طبيب الزار في اثيوبيا يحاول ان يقنع الروح التي تتلبس المريض ويلطفها حتى تكشف عن هويتها ويدخل في عملية مساومة معها (سوين ١٩٧٩، ١٥٦). وفي بعض اجزاء مجتمعنا العربي هناك من يتصدى لعلاج الامراض النفسية تحت راية الدين. وقد انتشر هذا الاسلوب اعتمادا على الاتجاهات الدينية العميقة في نفوس ابناء الثقافة العربية. وادعاء استخدام السحر وكتابة الاحجية كعلاج للامراض النفسية ينتشر في كثير من بقاع العالم الثالث ومنها مجتمعنا العربي أيضا.

ومن الأمثلة التي توضح أهمية الفروق بين الثقافات من حيث درجة التطور، ومن حيث درجة تسامحها، ومن حيث حجم الضغوط التي تمارس على الأفراد حالة من يهاجر مجتمعه الأصلي إلى مجتمع آخر، أى من ثقافته

الأصلية التي نشأ فيها إلى ثقافة أخرى. ومما لا شك فيه أنه كلما زادت الفروق والتباينات بين ثقافته الأصلية والثقافة الجديدة التي هاجر إليها كان التوافق أمراً ليس باليسير، حتى يشكل الأمر أحياناً نوعاً من الصدمة الثقافية أو الحضارية لهذا المهاجر. فمع ما يفترض أحياناً من أن المهاجر يتسم بالجرأة وأن لديه روح الريادة، وما يفترض من أنه محمل بقدر من الاحباط الجاه إلى الهجرة، فإنه يشعر بشيء من الوحدة في بداية الأمر على الأقل. وإذا لم يستطع أن يحقق درجة من التوافق داخل الثقافة الجديدة وأن يحقق له مكانة مقبولة ومعترفاً بها فإنه سيواجه شعوراً حاداً بالعزلة مما يشكل ضغطاً نفسياً شديداً عليه. علماً بأن تحقيق درجة التوافق ليست سهلة دائماً أو ليست سهلة لكل الأفراد. وتتوقف على قدرة الفرد على التغلب على الصعوبات اللغوية وعلى التوافق مع العادات وأساليب العيش في الثقافة الجديدة، وعلى حصوله على عمل يتفق واستعداداته ومؤهلاته، ودرجة قبول أبناء الثقافة الجديدة له. ولكن من لا يستطيع أن يحقق ذلك فسيعيش كما قلنا في عزلة ويعيش معيشة هامشية. وغالباً ما لا تطول هذه المعيشة فإنه إما أن يعود إلى مجتمعه الأصلي أو أن يواجه الموقف بالأعراض النفسية.

والخلاصة أن المنطق وراء بلورة مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية هو أن لكل ثقافة ضغوطها وازماتها، ولكن للثقافة أيضاً اساليبها الملزمة أحياناً والمفضلة أحياناً أخرى والشائعة أو النمطية في أحيان ثالثة. وعلى الفرد ان ينتهج من هذه الاساليب ما يواجه به هذه الضغوط. وتكون نسبة المرض النفسى أو معدل الإصابة به في المجتمع محصلة للتفاعل بين ضغوط الثقافة وأساليب مواجهة هذه الضغوط. وعندما يفشل الفرد في مواجهة الضغوط بأساليب الثقافة الملزمة أو المفضلة أو الشائعة أو البديلة فإنه يكون عرضة للإصابة بالمرض، لأنه في هذه الحال يكون قد سلك سلوكاً غريباً أو مخالفاً للأساليب التي حددتها ثقافة مجتمعه. ومن هنا يأتي الخطأ

كذلك فان الاعتماد على الاحصاءات المتوفرة في المؤسسات الطبية لا يمكن الركون اليه لأن هذه الاحصاءات تعتمد على حالات الاستشفاء (الدخول الى المستشفيات) Hospitalization أو الحالات التي تقصد العيادات الخاصة Treatment أو الحالات التي تتردد على العيادات الخارجية بالمستشفيات Out - Clinic Patient. والارقام التي تظهرها هذه الاحصاءات لا تمثل في كل مجتمع الرقم الحقيقي لمن يحتاجون الى العلاج والرعاية الطبية لان مفهوم المرض واتجاه المجتمع نحو المريض النفسي تختلف في المجتمعات المتقدمة والغربية عنها في معظم دول العالم النامي ومنها دولنا العربية حيث يعتبر المرض النفسي ضربا من الوصمة Stigma الاجتماعية. ربما اكثر مما هو في المجتمعات الصناعية الغربية. يواجه بالانكار أولا. ثم باعتباره مرضا جسميا ثانيا. وعندما لا يستجيب المرض الى الشفاء يلجأ أهل المريض إلى الممارسات العلاجية السحرية أو الممارسات التي تكتسب بالطابع الديني، ويقوم بها أفراد غير مؤهلين لمزاولة العلاج النفسي، كما يحدث ان يلجأ البعض الى العلاج خارج البلاد.

٢- مشكلة دلالة السلوك:

ان ادراك معنى السلوك ودلالته يتم على أرضية الواقع الثقافي - الاجتماعي. فالسوك السوي ليس مطلقا وكذلك السلوك غير السوي، بمعنى أن بعض أساليب السلوك التي تعد سوية في مجتمع قد لا تكون كذلك في مجتمع آخر بناء على المعايير الثقافية في كل مجتمع.

فعذرية الفتاة التي تحرص عليها الثقافات العربية والاسلامية أمر غير ذي بال في المجتمعات الأوروبية والأمريكية، كذلك فان تقييم السلوك داخل الثقافة الواحدة يتغير مع التطور الاجتماعي والثقافي فتعليم البنات في المجتمع العربي ظل لبداية القرن العشرين أمر مستهجن اجتماعيا ولكنه اليوم أمر عادي بل ومطلوب. ومثلها أساليب السلوك المحرمة طبقا للتعاليم الدينية والمواريث

في الحكم في بعض الاحيان على سلوك ما بأنه غير سوي اعتمادا على معايير أو محكات ثقافة أخرى، كما فعلت روث بندكت عندما حكمت على ثقافات بكاملها على انها ثقافات عصابية اعتمادا على معايير السواء السائدة في الثقافة الغربية (Benedict, 1953).

ب) المشكلات المنهجية في المجال:

أما عن المشكلات التي تعترض الباحثين في مجال الدراسات عبر الثقافية للمرض فهي مشكلات وصعوبات حقيقية ومتحدية، وبعضها منهجي وبعضها له الطابع العملي ولكنه يؤثر على دقة النتائج. اما الصعوبات المنهجية فتتضمن أساسا في مشكلتين هما:

١- نقص المعايير الكلينيكية التي تحدد المرض:

وابرز مظاهر هذه المشكلة ان المسميات المرضية او المصطلحات التي تشير الى الفئات التي صنفت على اساسها الاعراض والامراض كالفصام والاكتئاب والوسواس القهري والهستيريا هي مسميات ومصطلحات نشأت في الثقافة الغربية، وقد لا يكون لها نفس المدلول في الثقافات الاخرى لاختلاف الاعراض واكتسابها مسحة من الثقافة، وهو ما لاحظته كريبيلين عندما قال بأن الامراض الشائعة في الثقافة الغربية لها ما يقابلها من أمراض في الثقافات الأخرى وأن كانت تحمل الطابع الثقافي لمجتمعاتها. وفي أدلة التشخيص الطب نفسية تراجع كل فترة في المجتمعات التي وضعتها. ويتباين تشخيص الاطباء النفسيون للحالات في المجتمع الواحد وداخل الثقافة الواحدة، فما بالنا بالتشخيص الذي يتم لحالة تنتمي لثقافة مغايرة. فاذا أجريت المقارنات بين الثقافات حول انتشار الامراض ومعدلات الإصابة باستخدام دليل ينتمي الى ثقافة معينة منها فان النتائج لا تكون دقيقة. فأدلة التشخيص إذن ليست عالمية بالمعنى الذي يوفر تصنيفا محددا للامراض في الثقافات موضوع الدراسة يسمح بالمقارنة.

الثقافية فى كل مجتمع. وقد قبلت المجتمعات الغربية خاصة المجتمع الأمريكى - باعتباره مجتمعا سريع التغير - أساليب سلوكية كأساليب عادية كانت من قبل سلوكا شاذا غير مقبول مثل السلوك الجنسى المثلث (١). وتعكس المراجعات المتتالية لأدلة التشخيص الطب نفسية هذه الحقيقة.

كما أن دلالة السلوك تختلف من ثقافة الى أخرى، فتحمل الألم فى ثقافة ما نوع من التحدى وفى ثقافة أخرى ضرب من العبادة وفى ثالثة تعبير عن الاهانة، وفى رابعة تعكس مستوى من التطهر مما يعقد عملية المقارنة ويجعلها غير موضوعية اذا لم تؤخذ هذه الفروق فى الحسبان. (كفافى، ١٩٩٠، ١٩٤).

اما المشكلات والصعوبات ذات الطابع العملى فتتجسد فى ان المعلومات التى تتوافر لدى الباحثين عند اجراء مقارناتهم لا تعتبر دقيقة أو قاطعة - حتى بعد استخدام أدلة التصنيف والمفاهيم التى تنتمى الى ثقافة معينة، وذلك لان اختلاف اللغة حاجز هام نحو إقامة الألفة Rapport واحداث التواصل اللغوى الصحيح Accurate Verbal Communication خاصة وأن الفهم الصحيح للأعراض يتطلب فهم لغة المريض فهما كاملا لا يتضمن فهم الالفاظ الفصيحة فقط ولكن فهم الالفاظ العامية والشائعة بين الناس، والتعبيرات والامثال التى تعود الناس ان يستخدموها ليصفوا مشاعرهم واحاسيسهم. كذلك فان اقناع الاهالى ورجال القبائل بالتعاون أمر ليس مضمونا دائما، وان يكون تعاونهم تعاوننا قائما على الامانة والصراحة.

هذه الاعتبارات تفرض على الباحث ان يأخذ كل احتياطاته وان يبذل كل جهده فى ضمان الدقة، ثم يكون حذرا بعد ذلك عند اجراء المقارنات وعند تفسير نتائجه.

ونظرا لأهمية البحث الثقافى المقارن للأمراض النفسية ليس فقط فى فهم السلوك غير السوى بل فى فهم السلوك السوى أيضا، فانه لا ينبغى أن تتعطل مسيرة البحث فيه بل يجب العمل على تذليل هذه الصعوبات. وقد

نجحت جهود العلماء والباحثين فى ذلك. والمثال الذى يمكن ان نذكره هنا هو الدراسة الدلرية الاستطلاعية للفصام - The International Pilot Study of Schizophrenia (WHO, 1973, 1979) كذلك دراسة الاكتئاب بين ثقافات مختلفة (منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٣) فقد أوضحت هذه الدراسات أنه يمكن تنمية تشخيص عبر ثقافى قائم على اعراض عامة وشائعة للمرض يمكن على أساسه اجراء التشخيص وتحديد المرض بواسطة الاطباء المحليين فى البلاد التى تتباين فى اوضاعها الثقافية. وهذا يتطلب عقد اجتماعات ودورات تدريبية للأطباء قبل العمل لتوحيد اجراءات ومعايير العمل. وقد انتهت هذه الدراسات الى نتائج لا بأس بها، وكشفت عن خطوط عامة فى علاقة الثقافة بالامراض النفسية، وان لم يكن التنبؤ تجاه المرض ومعدلات الشفاء متساويا فى المراكز المختلفة التى تمت فيها هذه الدراسات. وعلى أية حال فإن اجراءات الدراسات عبر الثقافية كما تقول «فابريجا» (Fabrega) يحتاج إلى دراسة الثقافات دراسة تحليلية وفهم الجانب السيمانتى فيها، أى الجوانب الخاصة بدلالة الالفاظ والمفاهيم والأعراض، لأن هذه الدراسة شرط اساسى للاعتماد على الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية والاستفادة منها (Fabrega, 1982, 380).

رابعا: الثقافة وبعض الفئات التشخيصية:

وفى هذا القسم من الدراسة نقدم أمثلة على ما سبق ان ذكرنا من أثر الثقافة على نشأة الامراض النفسية ونموها. وسنتحدث فيه عن علاقة الثقافة بالفصام والاكتئاب باعتبارها اكثر الفئات التشخيصية التى جذبت انتباه الباحثين من علماء نفس الشواذ والاطباء النفسيين على السواء.

(أ) الفصام:

الفصام من أكثر مشكلات الطب النفسى وعلم نفس الشواذ صعوبة، وذلك للمشكلات الاساسية التى لم يتفق

تأثيرات على نشأته ونموه. فالفصام له اعراضه فى مجال التفكير وفى مجال الوجدان وفى مجال الارادة وفى مجال الادراك اضافة الى الاعراض التى تصيب الجسم ممثلة فى الاعراض الكتاتونية Catatonic.

وقد أورد ميرفى (Murphy, 1982, 237) جدولاً لخص فيه انطباعات أربعين من الأطباء النفسيين فى سبع وعشرين بلداً وكانوا من المهتمين بالدراسات عبر الثقافية فى الامراض النفسية عموماً وفى الفصام بصفة خاصة وعملوا فى أكثر من مجتمع. وقد سئلوا ان يقارنوا بين اعراض الفصام فى ثقافتين أو أكثر. وسنعرض لهذا الجدول لأنه يمثل حصيلة جيدة للفروق فى اعراض الفصام فى عدد من الثقافات (جدول رقم ١).

عليها العلماء والباحثون والتى تمس تعريف الفصام نفسه وتحديد الظواهر التى يشير اليها المفهوم. ويرى أريتي (Arieti, 1967, 502) ان الفصام من أكثر امراض العصر تفشياً وانتشاراً، وفى نفس الوقت من أكثرها تعرضاً للاهمال من جانب الأطباء بما لا يتناسب مع نسبة انتشاره. وقد اختلف العلماء فى تحديد ماهية الفصام، هل هو مرض واحد وله اعراض متعددة؟ أم انه مجموعة امراض لا يجمع بينها رابطة ومن التعسف محاولة جمعها معا فى مرض واحد يحمل اسماً واحداً. وربما كان اتساع رقعة اعراض الفصام وشمولها جوانب الشخصية كلها تقريباً وتعدد الوظائف التى يصيبها العطب فى هذا المرض هو الذى يثير حوله هذا النقاش. وهو الذى يجعل للثقافة

جدول رقم (١)

الارتباطات الانطباعية بين الاعراض الفصامية والمجموعات الثقافية

مستوى الدلالة	الارتباطات الثقافية الاجتماعية	ملاحظات الفصام
٠,٠٥ ٠,٠٥	معظم التكرار فى الطبقات الوسطى. أقل تكرار فى التجمعات الريفية	النمط البارئى
٠,٠٥ ٠,٠٥ ٠,٠٥ ٠,٠٥ ٠,٠١	معظم التكرار عند الأمريكيين من أصل أوروبى. معظم التكرار عند اليابانيين وسكان أوكيناوا معظم التكرار عند الآسيويين. معظم التكرار فى افريقيا والشرق الأدنى. أقل تكرار عند الأمريكيين الحضريين من أصل أوروبى.	النمط الكتاتونى النمط الهيبفريلى النمط البسيط أخايل بصرية
٠,٠١ ٠,٠٠١ ٠,٠١ ٠,٠١ ٠,٠١	معظم التكرار عند الافريقيين والشرق الادنى. معظم التكرار فى التجمعات الريفية. معظم التكرار فى التجمعات المسيحية. معظم التكرار فى التجمعات المسيحية. أقل تكرار عند البوذيين والهندوس وانتباع ديانة الشنتو (ديانة اليابان).	أخايل لمسية هذات العظمة هذات التدمير هذات الدين
٠,٠٥	معظم التكرارات فى التجمعات الآسيوية.	هذات الغيرة

٠,٠١ ٠,٠١ ٠,٠٥	أقل التكرارات فى التجمعات الريفية. معظم التكرارات عند اليابانيين وسكان اوكلندا. تكرار عال عند الامريكيين الجنوبيين .	اختلال الانية تسطح الوجدان
٠,٠١ ٠,٠١ ٠,٠٥ ٠,٠٥	معظم التكرار عند اليابانيين وسكان اوكلندا. معظم التكرار فى الهند وأمريكا الجنوبية. معظم التكرار فى أفريقيا وأمريكا الجنوبية. أقل تكرار فى الثقافات الانجلوسكسونية .	الانسحاب الاجتماعى الخلفة negativism التهيج
٠,٠٥ ٠,٠٠١	معظم التكرارات عند الهنود الشرقيين. أقل التكرارات عند الأمريكيين من أصل أوروبى .	السلوك المنمط
٠,٠١ ٠,٠٠١ ٠,٠٥	معظم التكرار عند الهنود الشرقيين. معظم التكرارات عند اليابانيين. معظم التكرارات عند التجمعات المسيحية	التصلب الكتاتونى سلوك الانتحار التفجرات المزاجية

from: Murphy, H.B.M. Culture and Schizophrenia, 1982. 237.

ومن المعلومات التى تشير اليها نتائج الدراسات عبر الثقافية تأثر محتوى الهذات بالثقافة التى يعيش فى ظلها المريض، حتى ان محتوى الهذاء يتغير بتغير الثقافة. فقد وجد عند المرضى من سكان أمريكا الجنوبية من اصل هندي ان انتقالهم الى المدن أدى الى حدوث هذات موجات الراديو واللاسلكى والشرطة السرية، وقد حلت هذه الهذات محل الهذات التقليدية حول القديسين والسحرة والارواح الشريرة.

ويقول ميرفى انه من الأمور الملفتة للنظر عودة الهذات حول تملك الارواح فى اليابان عقب نهاية الحرب العالمية الثانية بعد تنازل قوى الامبراطورية وبعد ان توقفت عن ان تكون بؤرة مشبعة للمعتقد الدينى (Murphy, 1982,239).

ويحتمل ان تكون السيادة النسبية لاعراض اختلال الانية depersonalisation بين المرضى الانجلوسكسون ناتجة عن واقع مستوياتهم التعليمية المرتفعة حيث تجعلهم

ومما يلاحظ من نتائج هذا الجدول تأثير البيئة فى شكل الأعراض فقد تبين أن الاعراض البارانية خاصة هذات الاشارة أو الايما Delusions of refernces اكثر انتشارا بين المرضى الحصريين عنه بين المرضى من سكان المناطق الريفية. ومن التفسيرات التى تقال فى هذا الصدد تفسير ميرفى الذى يذهب الى ان المرضى الحصريين يعيشون فى مجتمع (الى حد ما) من صنع الانسان Man made world حيث يكون كل شىء متوقعا، وان يكون له سبب محدد أو مقتعا، ومن هنا فان المرضى يبحثون عن سبب لخبراتهم غير العادية أو الشاذة خلال الهذات، بينما يكون المرضى الريفيون أكثر الفة باحداث ليست من صنعهم ولا يعلمون عن اسبابها شيئا مثل تقلبات الجو المفاجئة والأوبئة التى تصيب المحاصيل والقوى الطبيعية، ومن هنا فانهم لا يكونون مضطرين للبحث عن اسباب أو عوامل تفسر كل خبرة تمر بهم (Murphy, 1982,38).

والأمريكي، وقارن بينهم ووجد اختلافات جوهرية في الترتيب بالنسبة لبعض الاعراض، كما طلب الباحث من المستجيبين ان يثبتوا أية اعراض يرونها مهمة ولها دلالة تشخيصية من غير الاعراض المذكورة في الاستفتاء. وفي الجدول رقم (٢) الاعراض مرتبة حسب قيمتها التشخيصية في المجموعات الثلاث.

وقد أظهر هذا البحث المقارن ان هناك أعراضاً أساسية في تشخيص الفصام لا تتأثر بالفروق الثقافية والبيئية مثل عدم التناسب العاطفي واضطراب شكل الفكر الذين احتلا المرتبتين الأولى والثانية في الترتيبين المصري والانجليزي وكذلك احتباس الفكر والهذات اللغوية الذين كانا ضمن العشرة أعراض الأولى في العينات الثلاث، كما كانت اعراض القلق والاكتئاب والابتهاج أقل الاعراض قيمة في المجموعات الثلاث، وبصفة عامة فقد كان الترتيب المصري اقرب الى الترتيب الانجليزي منه الى الترتيب الأمريكي وربما كان من أسباب ذلك قرب الثقافة المصرية من الثقافة الانجليزية فيما يتعلق بالتعليم والتدريب في مجال الطب النفسي.

أكثر قدرة وقابلية لان يحدوا أحاسيسهم الدقيقة وإن يتوصلوا معها نسبياً، بينما ترتبط سيادة الأخاييل للمسية والبصرية بين المرضى الأفارقة بالقدر القليل نسبياً الذي تلعبه الكلمات في حياة هؤلاء الناس غير المتعلمين.

ويمكن ان نشير هنا الى دراسة ابرزت الاعراض الاساسية التي تميز الفصامين في ثلاثة مجتمعات هي المجتمع الانجليزي والمجتمع الأمريكي والمجتمع المصري. وقد اعتمد الباحث (Mahmoud, 1977) في هذه الدراسة على استفتاء يحتوى على مجموعة من الاعراض تميز الفصامين. وقد عرضت هذه الاعراض مرتبة ابداعياً على بعض اطباء النفس في إنجلترا أولاً ثم في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد طلب من المستجيبين ترتيب هذه الاعراض حسب أهميتها ودلائلها في التشخيص من واقع خبراتهم العملية. وقد عرض الباحث المصري الاستفتاء على مجموعة من اطباء المصريين المؤهلين في الطب النفسي ومن اصحاب الخبرة في مجال تشخيص وعلاج الامراض النفسية. واصبح لدى الباحث ترتيباً مصرياً بجانب الترتيبين الانجليزي

جدول رقم (١)

الارتباطات الانطباعية بين الاعراض الفصامية والمجموعات الثقافية

الترتيب العرض	العينة المصرية	العينة الانجليزية	العينة الأمريكية
١	عدم التناسب العاطفي	اضطراب شكل الفكر.	اضطراب شكل الفكر
٢	اضطراب شكل الفكر.	عدم التناسب العاطفي.	الهذات .
٣	احتباس الفكر.	اللغة الخاصة.	الهذات البارانية .
٤	انسحاب الفكر.	احتباس الفكر.	عدم التناسب العاطفي
٥	اللاترابط	مشاعر السلبية.	الأخاييل
٦	مشاعر السلبية (الوقوف تحت التأثير الخارجى)	البارانية.	الايمائية .
٧	اللغة الخاصة (التي يستحدثها ويستخدمها الفصامى)	النمطية.	اللغة الخاصة.
٨	البلادة.	الهذات.	اختلال الانية.
٩	الأخاييل.	انسحاب الفكر.	الزلمات (الحركية واللغوية).
١٠	الهذات.	افكار الإيماءات.	احتباس الفكر.
١١	نقص الارادة	الزلمات	اللاترابط
١٢	نقص الالفة والتواصل	الأخاييل	المزاج الهوائى
١٣	افكار الإيماءات	نقص الالفة والتواصل	النمطية

ترتيب العرض	العينة المصرية	العينة الانجليزية	العينة الأمريكية
١٤	الهذات البارانية	الطاعة الآلية	الارتياح
١٥	المزاج الهذائي	الحديث بعيد عن الموضوع	انسحاب الفكر
١٦	جذب الفكر	اللاترابط	البلادة
١٧	النعطية	جذب الفكر	نقص الألفة والتواصل
١٨	الطاعة الآلية	المزاج الهذائي	جذب الفكر
١٩	عادات مميزة (الحركية واللغوية)	نقص الارادة	الذهول
٢٠	السلوك الاندفاعى	الريكة	الطاعة الآلية
٢١	الحديث بعيدا عن الموضوع	الارتياح	نقص الارادة
٢٢	ضغط الفكر	السلوك الاندفاعى	الريكة
٢٣	اختلال الآنية	الفتور	السلوك الاندفاعى
٢٤	الارتياح	الذهول	الاثارة
٢٥	الفتور	اختلال الآنية	القلق
٢٦	الاثارة	ضغط الفكر	ضغط الفكر
٢٧	الذهول	الاثارة	الحديث بعيدا عن الموضوع
٢٨	القلق	الابتهاج	الابتهاج
٢٩	الابتهاج	القلق	الاكتئاب

Hesitancy - التردد.
 Psychopathic Behavior - السلوك السيکوباتى.
 Abnormal Religiosity - التدين الشاذ.
 Thought Broadeasting - اذاعة الأفكار.
 Thought Insertion - اقحام الفكر.
 Personalization - التشخص.
 ورغم الضعف والعيوب التى تشوب المقارنات التى تحدث بين المجتمعات لتوضيح أثر الثقافة على المرض فان ميرفى يستخلص مجموعة من العوامل الثقافية يرى أنها تؤثر فى مسيرة مرضى الفصام وهى:
 - الرفض الاجتماعى: كلما زاد رفض المجتمع وتخوفه للفصامى زادت صعوبة نجاح المريض فى استعادة الادوار السوية.

أما الأعراض التى أضافها الأطباء المصريون ولم تكن موجودة بالاستفتاء فقد كانت ايضا من الاعراض كثيرة التكرار عند مرضى الفصام، ولهذه الاعراض أهمية خاصة حيث أنها تتعلق بصورة المرض فى البيئة المصرية. وهذه الاعراض هى:

- التناقض الوجدانى.
 - الانسحاب الاجتماعى.
 - السلوك الغريب.
 - توهم المرض الشاذ.
 - السلوك النكوصى.
 - التفكير الاجترارى.
 - تدهور الشخصية.
 - التقلب الانفعالى.

- **جمود أفكار الدور:** بقدر ما يحدد المجتمع ويضيق مواصفات وخصائص الفرد الصالح زاد احتمال أن يعود الفصامي ويرتد الى المرض بعد ان يجد أنه قد انحرف عن هذه الافكار.

- **تحديد المسؤولية:** كلما زاد توقع الفصامي بأنه سيحاسب على سلوكه المضطرب زاد احتمال اراتداده عندما يواجه بالمطالب التي تترتب على هذا السلوك.

- **اختبار الواقع:** كلما زاد غموض الثقافة فى الفصل بين ما هو واقعى وما هو غير واقعى من السلوك زاد هذا من سهولة اندماج الفصامي - الذى تضررت لديه وظيفة اختبار الواقع - مع الجماهير.

- **نمط دور المريض:** بقدر ما يعتقد المجتمع ان الجنون Insanity أمر مزمّن قلّ من ذلك من فرص نجاح جهود الفصامي فى كسر دور المريض بعد دخوله فيه، حتى ولو كان هناك درجة عالية من التحمل والتدعيم لدور المريض.

- **قبول الاعتمادية:** كلما زاد تقبل الثقافة لفكرة الاعتمادية زاد رضى الفصامي عن بقائه فى دور المريض معتبرا ان المؤسسات العلاجية مؤسسات خيرية وان الواقع الخارجى اكثر قسوة.

- **شبكة العلاقات الاجتماعية:** كلما زادت علاقات الناس تشابكا فى المجتمع ساعد ذلك الفصامي فى ان يقاوم الارتداد الى المرض، مفترضا انه قد يستطيع ان يحتفظ لنفسه بمكان فى المجتمع (Murphy, 1982, 244 - 245)

(ب) الاكتئاب:

خبرة الاكتئاب خبرة عامة تحدث لجميع الناس، وفى هذه الحال هى أقرب الى الظاهرة السوية حيث يشعر كل الناس من وقت لآخر بحال من الكآبة والضيق. فالشعور بالاكتئاب يختلف عن مرض الاكتئاب الذى اطلق عليه ابو قراط تسمية «السوداء» (Melancholia). والذى اسماه

كريبيلين فى تصنيفه عام ١٨٩٩ الجنون الاكتئابى - الهوسى Manic- depressive insanity. ويمكن ان يكون الاكتئاب عارضا بسبب الوحدة أو الغربة أو الخسارة، وقد يكون بسبب احدى حالات المرض الجسمى.

ويختلف الناس فى قدرتهم على تحمل الاحباطات والتعامل معها وعلى التعامل مع الاوضاع والظروف غير المواتية وغير الحسنة والتي تولد ضغوطا. وكانت بعض الثقافات البدائية تعزو الاكتئاب الى قوى خارقة للطبيعة أو على أنها (اغواء من الشيطان).

وهناك ثقافات لا يوجد فى لغتها ما يشير الى معنى الاكتئاب ومفهومه مثل ثقافة بورنيو وماليزيا والعديد من الثقافات الافريقية والهنود الامريكيين. وقد يتم التعبير عن الاكتئاب باعراض جسمية، بينما يكون التعبير عنها معرفيا عند حده الأدنى أو يكاد يكون معدوما. (Englesmann, 1982, 251)

وتشير نتائج البحوث منذ مدة طويلة وقبل تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية الى ما يؤكد علاقة الثقافة بالمرض مثل انخفاض حالات الاكتئاب فى الثقافات غير الغربية، وانخفاض الشعور بالذنب فى حالات الاكتئاب فى بعض الثقافات الشرقية.

وقد قيس الاكتئاب بمقاييس أحادية البعد Uni-dimensional Scales كما قيس بمقاييس متعددة الأبعاد Multidimensional Scales وتبين من نتائج هذه القياسات أن السود فى الولايات المتحدة يحصلون على درجات أعلى من البيض، فى مقاييس الاكتئاب ولا يعود هذا الفرق إلى اسباب بيولوجية بل إلى عوامل ثقافية. كما أظهر النيجيريون أيضا - عند المقارنة بالانجليز - مزاجا مكتئبا واعراضا جسمية وتأخرا حركيا، ولم يظهر عليهم احساس الذنب أو الأفكار الانتحارية. كما عانى المرضى اليابانيون من اكتئاب القلق والشكاوى الجسمية والاسقاط البارانى والتأخير الحركى اكثر من نظرائهم الأوروبيين.

(Englesman, 1982, 258).

وكما فى حالة الأمراض الأخرى فإنه فى ظل اختلاف نظم التصنيف للاكتئاب وفى ظل تغير محكات التشخيص عبر مسيرة الزمن فإن البيانات الخاصة بانتشارية المرض يكون من الصعب الاعتماد عليها فى المقارنة. ومن الأمور التى تعكس اختلاف هذه النظم وبالتالى صعوبة المقارنات أن الأطباء النفسىين الانجليز أو الذين تدربوا فى انجلترا يشخصون الاضطرابات الوجدانية أكثر من الأطباء الأمريكىين أو الذين تدربوا فى الولايات المتحدة.

وتقدم النتائج ما يفيد أن النساء يحصلن على درجات أعلى من الرجال فى مقاييس الاكتئاب العصابى والاكتئاب أحادى القطب، ولكنه فى الاكتئاب ثنائى القطب يتساوى الجنسان. كما أوضح «باجلى» (Bagley) أن الاكتئاب أكثر حدوثاً بين الأشخاص من شاغلى المراكز والوظائف العليا. وقد فسر «باجلى» هذا بأن النضال من أجل النجاح والمركز يرتبط بالضغط الذى يمكن أن يؤدى الى الاكتئاب.

والسلوك الانتحارى أيضاً يدرك باعتباره علامة أو دليلاً على الاكتئاب وأن كانت البيانات الخاصة بهذا الجانب ليست واضحة أو دقيقة وعادة ما يشخص الاكتئاب كإجراء رجعى فى معظم حالات الانتحار، أى أن الاكتئاب لم يكتشف أو لم يشخص قبل محاولة الانتحار بل بعدها.

وكان يظن أن الاكتئاب أقل فى المجتمعات غير الغربية كالمجتمعات الأفريقية، ولكن البحوث الأحدث لم تؤكد هذه النتيجة بل أنها كشفت عن أمر هام وهو أن الاكتئاب فى المجتمعات الأفريقية ليس أقل مما هو فى المجتمعات الغربية ولكنه مغطى بأعراض جسمية وأعراض خلطية (Confusional Symptoms). وقد أوضح ليتون (Leighton) فى دراستين مسحيتين فى كندا ونيجيريا استخداماً نفس الإجراءات أن معدلات الإصابة فى نيجيريا تبلغ أربعة أضعاف معدلها فى كندا.

وقد كشفت الدراسات بشكل واضح أن التعبير عن الاكتئاب فى الثقافات غير الغربية يتم من خلال الشكاوى الجسمية، ويسمى هذا النوع من الاكتئاب بالاكتئاب المقنع Masked depression بينما يعبر المرضى الأوروبيون عن اكتئابهم بالشكاوى النفسية. ويتم التعبير عن المرضى بالشكاوى النفسية بدرجة أكبر كلما قربت الثقافة من النموذج الغربى.

كما تشير التقارير بصفة عامة أن معدلات الإصابة بالاكتئاب فى ازدياد فى المجتمعات الأفريقية بحيث كادت تماثل المجتمعات الأوروبية فى معدلات الإصابة وفى نمط الأعراض.

ويذكر انجلزمان بعض الفروض حول نشأة الاكتئاب ونموه مما ينتمى أو يرتبط بالعوامل الثقافية منها (Eng-lesmann, 1982, 266- 268)

- التحليل النفسى :

ترجع نظرية التحليل الميول الاكتئابية الى تثبيت الطاقة اللبديية فى الطور الثانى من المرحلة الفمية. ويعود هذا التثبيت الى اخطاء فى التربية كالتشدد والإجراءات القاسية التى توقف نمو الأنا. وهو ما يجعل الاكتئاب نادراً فى المجتمعات البدائية حيث تتسم الثقافات بالتسامح نحو الطفل فى هذه الفترة. لأن بذرة الذهان الاكتئابى توضع فى هذه السن فى ظل التربية الخشنة. وتنحسر أعداد المكتئبين فى المجتمعات التى تتجه اساليب التربية فيها الى التسامح.

اللغة :

اللغة أداة التواصل والتعبير. وتختلف اللغات من حيث مفرداتها وتركيباتها فى القدرة على التعبير عن المشاعر بدرجاتها وظلالها. بل أن بعض اللغات تتضمن لفظة واحدة تعبر عن أكثر من حال وجدانية، خاصة اللغات البدائية والتى يتكلمها اقوام على قدر متواضع من التعليم. وقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك نقصاً فى التعبير

المميز للحالات الوجدانية عند الأمريكيين السود قياسا بالبيض. فعلى الرغم من انهم يتحدثون الانجليزية الا انهم لا يستخدمون كل القدرات والامكانات التعبيرية الموجودة في اللغة بنفس الطريقة كما يفعل البيض.

بنية الأسرة:

ان الأسرة الممتدة (٢) توفر مصادر اضافية للأمن لأن الطفل يجد في ظلها صورا والديه متعددة وبالتالي لا يكون لغياب الأب أو الأم لفترات طويلة أو فقدان أيهما نفس التأثير الصادم الذي يحدث في الأسر النووية (٣)

وغالبا ما يحظى الطفل في ظل الأسر الممتدة بقدر اكبر من التسامحية والتساهل والرفقة مع أطفال من الاقران. ومن هنا يفترض العلماء على نطاق واسع ان الاكتئاب يحدث بين ابناء الاسر الممتدة بتكرار اقل مما يحدث بين ابناء الأسر النووية.

- الثكل:

يميز العلماء بين الحزن Grief والحداد Mourning. وينظر الى الحداد باعتباره سلوكا عرفيا تقليديا يتحدد بعادات المجتمع، اما الحزن فهو استجابة سيكولوجية بيولوجية. ويمكن لطقوس الحداد والتعبير عن الحزن في اطار الحداد ان تخفف من احتمال الاصابة بالاكتئاب، خاصة اذا ما ارتبط هذا مع الدعم الاجتماعي وتبنى ادوار اجتماعية جديدة.

خامسا: الزملات المرضية المرتبطة بالثقافة:

وربما كانت أكثر المظاهر التي تعكس تأثير الثقافة على الامراض النفسية هي تلك الزملات المرتبطة بالثقافة Cul- ture Bound Syndromes أي الزملات النوعية التي ترتبط بثقافة معينة وغالبا ما لا توجد في ثقافة أخرى. ويكون لعوامل الثقافة دور حاسم في نشأتها ونموها وفي تفسير الناس لها وفي كيفية معالجتها.

ولما تأكد للعلماء وجود مثل هذه الزملات الخاصة أو النوعية من خلال تقارير ودراسات الانثروبولوجيين، ثم

من الدراسات عبر الثقافية التي شملت المجتمعات البدائية والمعزلة حاول بعض العلماء والباحثين والاطباء النفسيين مقابلة هذه الزملات مع الامراض والكيانات التشخيصية الواردة في أدلة التشخيص الطب نفسية المعروفة كالدليل الامريكي للاضطرابات العقلية (D S M) أو التصنيف الدولي للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD) وكانت هذه المحاولات تهدف الى تسكين هذه الزملات ضمن النسق التصنيفي التشخيصي الغربي أو العالمي. ولكن هذه المحاولات باءت بالفشل لأن كل من هذه الزملات النوعية والامراض الواردة في أدلة التشخيص قد ادرك على أرضية نظرية مختلفة ووصف بطريقة مختلفة أيضا ورتب على نحو مخالف لترتيب الآخر.

ومع ذلك فقد حاول بعض العلماء أن يجري المقابلة ويوجد أوجه التشابه بين الزملات المرتبطة بالثقافة والتصنيفات التشخيصية مثل كريبيلين الذي حاول ان يطابق بين زملات مثل الاموك Amoke واللانا Latah وبين النوبات الهستيرية والنوبات الكتاتونية. ولكن هذه المحاولات تكاد تتغافل عن أثر الثقافة وتسطح أو تبسط ديناميات المرض على نحو لا يفيدنا في فهمه. فمن يقف على تعريف جنون القتل أو الاموك (٤) يجد أنه يختلف عن الهستيريا اختلافا بينا في درجة الاضطراب وفي السلوك الذي يفصح عن عمق الاضطراب. واذا كان جنون القتل أو الاموك يرتبط بالدرجة الأولى بسلوك الرجال في هذه الثقافات فان الاعراض الهستيرية في الحضارة الغربية وفي غيرها ترتبط بدرجة اكبر بالاناث. كذلك فان هناك بعض التشابه بين اللانا أو الترعس La- tah والأعراض الكتاتونية (٥) يتمثل في الرغبة في التقليد بدون وعي أو تفكير وكذلك السلوك النمطي، ولكن من يقرأ تعريفات كل من النوعين من الاعراض في المعاجم يدرك أوجه الاختلاف بينهما (٦) علما بأن اللانا تحدث عقب نوبة فزع وتحدث للسيدات غير المتعلمات بالدرجة

الأولى. وهكذا فإن الزمالات الثقافية لا تندمج بسهولة مع التصنيفات الدولية للأمراض إلا بشيء من التشويه والتكلف.

الثقافة كعامل مولد للمرض:

لكل ثقافة مناطق أو مجالات أو نقاط ضغط، وهي الموضوعات التي تشكل مطالب على الأفراد أن يفوا بها، أو صراعات عليهم أن يواجهوها، أو أعباء عليهم أن يتحملوها. ومجالات الضغط هذه قد تكمن في بناء الأسرة وعاداتها وتقاليدها ونظمها، وقد تكون في النظام الطبقي في المجتمع. فأحياناً ما يصادر الآباء حق الإبناء في اتخاذ القرارات الخاصة بهم كالزواج والعمل، وتفرض التقاليد أساليب سلوكية قد لا تناسب بعض الأفراد.

ويرى العلماء من أصحاب التوجه التحليلي أن نمط العلاقات في الأسرة والمعروف بالعقدة الأوديبية يمثل ضغطاً في حالات كثيرة في النظام الأبوي (البطريركي) في الأسرة حيث تكون السلطة الوالدية للأب قوية، وقد ينتج عنها بعض الزمالات الخاصة كما يقول بيفير Pfeiffer زملة فقدان السائل المنوي Sperm lost في الهند والكورو Koro في الصين بعكس ما يحدث في الأسرة الامومية (الماتركية). وحيث لا يكون للاب سلطة أو يكون غائباً غياباً مادياً أو معنوياً لا يكون للعقدة الأوديبية دور بارز أو يكون مفقوداً تماماً. وقد نتج عن المشاعر السلبية للأبن نحو أحد أقارب الأم مثلما حدث في دراسة مالبينوفسكي عن جزر التروبريان حيث اتجهت كراهية الابن نحو الأم ونحو الخال. ويذكر بيفير أنه وجد علاقات أسرية شبيهة بهذه عند سكان سومطرا (Pfeiffer, 1982, 209 - 211).

وأحياناً ما يتمثل الوضع الضاغط في الظروف البيئية القاسية والظروف التي يكون على الفرد فيها أن يكافح ليكسب قوت يومه. ومن الزمالات الشهيرة والتي ترتبط بالظروف البيئية القاسية التي يعانيها الناس في تحصيل معاشهم ما يسمى «قلق كياك» (Kyak angst) عند

الاسكيمو. ففي جرينلاند الغربية يخرج الاسكيمو ويبحرون بعيداً في البحر عند جزر الكياك في قوارب صغيرة يسع القارب فرداً واحداً لصيد عجل البحر. ويجلسون بالساعات الطويلة في انتظار أن يظهر الحيوان على سطح الماء. وفي هذه الجلسة الطويلة المملة، وفي ظل حالة تتسم بالقلق والخوف والاجهاد الجسمي والنفس قد يصاب الفرد بنوبة من الدوار أو الدوخة ويشعر بالذهول وقد يفقد وعيه. وفي كل الحالات يشعر الفرد بالألم الحاد واللوعة ويصبح فاقد الحيلة عاجزاً عن عمل أي شيء ويحتاج إلى من يرافقه حتى يعود به إلى البر وقد يتخذ الاضطراب مساراً متقدماً وتزداد حالة الفرد سوءاً. ويبدو أن هذه الزملة مرتبطة بهذه الظروف من العمل وقد لا توجد في ثقافة أخرى. وقد أخذت تقل مع تحول الاسكيمو عن هذا النوع من الصيد، وكأن الزملة مرتبطة ليس بثقافة معينة فقط بل وبموقف معين أيضاً.

والعلماء الذين يميلون إلى مقابلة الزمالات المرتبطة بالثقافة بالأمراض التي تمثل الفئات التشخيصية السيكاثرية يرون في قلق الكياك عرضاً خوفاً أو رهاباً Phobia يرتبط بالحرمان الحسي والخوف والاجهاد مما يؤدي إلى اضطراب التوجه المكاني وإلى اختلال في عمليات الانتباه والتركيز ويشبهونه بخوف المرتفعات Ac-rophobia.

الثقافة كعامل مشكل للسلوك

ولا تتضمن الثقافة عوامل الضغط المولدة للاضطراب والمرض فقط ولكنها تتضمن أيضاً أساليب السلوك التي على الأفراد أن يتبعونها في هذه المواقف. ويدخل في هذا الباب مراسيم وأجراءات الحداد وأنظمة المواساة والعزاء، حيث تساعد الفرد الذي يعاني من فقدان أو من وفاة القريب على تحمل آلام الفراق وتقبل الأوضاع الجديدة التي تلي أو تترتب على الوفاة.

وتتيح الثقافة أحياناً مواقف تتسامح فيها مع الأفراد أو تسمح لهم بمزاولة أو ممارسة أعمال لا تسمح لهم بها

بصفة عامة . وحتى فى الثقافات الغربية احيانا ما تقام احتفالات كرنفالية فى المناسبات الاجتماعية أو الدينية يسمح للفرد فيها ان يغمس فى الشراب وان يتاح له قدر من الحرية فى التمرد أو العصيان أو فى ممارسة الجنس . وبذلك فان الثقافة جدول الصراع المثقل بحاجات الافراد، وبذلك تحافظ الثقافة على الصحة العقلية الحيوية لافرادها باتاحة هذه المتنفسات .

كما ان الثقافة تعمل على ترقية وتعزيز انواع معينة من السلوك وعلى قمع انواع اخرى حسب ظروف الافراد او المواقف . واتساقا مع وظيفة الثقافة فى التنفيس تجيز الثقافة احيانا . وفى مواقف معينة كما ذكرنا . اساليب سلوكية بشكل استثنائى لانها تودى وظيفة فى تفريغ الطاقات والشحنات الانفعالية مثلما يذكره بفيغر من «ان الاهالى فى صحراء استراليا الغربية قد طقسوا صورا من الصراع بين الجماعة . وبينما تكون هناك مساومة بين ذكرين معينين فانهما يشجعان من قبل مجموعة من المشاهدين يتحلقون حولهما على ان يتبارزان . ويقوم المتصارعان بالمبارزة ويطعن كل منهما الآخر بالرمح فى فخذة كما تحدثت مبارزة مماثلة ايضا بين النساء حيث تضرب كل واحدة الاخرى على رأسها بالعصا (Pfeiffer, 1982, 206) وهو ينطبق عليه وصف لنتون بأنه «نمط سلوكى سىء موافق عليه - Approved Pattern of mis- conduct)»

الثقافة كعامل انتقائى للسلوك :

تعمل الثقافة كما قلنا على ترقية أنواع معينة من السلوك وتقمع اساليب أخرى وهو ما يجعل الثقافة وكأنها تحدد الأساليب السلوكية لافرادها فى مواجهة المواقف المختلفة . فاختلاف الافراد الذين ينتمون الى ثقافات مختلفة فى سلوكهم ازاء الموقف الواحد يعكس وطأة الآثار الثقافية فى تشكيل شخصيات الافراد . وقد قارن أحد الباحثين بين الجنود البريطانيين والجنود الهنود المشاركين فى المعارك فى بورما فى الحرب العالمية الثانية (1943)

(1945) . فقد ظهرت الاختلالات فى ردود الأفعال النفسية بين الجنود فى كلا الثقافتين بدرجة متساوية تقريبا من التكرار، ولكن الاعراض اختلفت بشكل أساسى بين البريطانيين الذين سادت بينهم افصاحات القلق التى وجد الجنود أنه من السهل عليهم ان يتحدثوا عنها . اما بالنسبة للهنود فقد كان من الصعب طبقا لتوجهات الدور التقليدية لديهم ان يعبروا عن الوان قلقهم على نحو لفظى، وبدلا من ذلك فانهم عبروا عن هذا القلق وعن رغبتهم فى الهرب من خلال اعراض لها الشكل الهستيرى، وهو الشيء الذى لم يحدث بين الجنود البريطانيين (Pfeiffer, 1982, 207)

وتشهد الثقافات الغربية تراجعاً كبيراً للاعراض الهستيرية والحالات الشبيهة التى تعتمد على تغيير درجة الوعى عند الفرد . ولكنها لازالت ماثلة فى كثير من المجتمعات ومنها المجتمعات العربية، كما تشيع هذه الاعراض بين العمال الاجانب فى المجتمعات الأوربية . وتعتمد بعض الثقافات الى تعليم ابنائها ان يضعوا انفسهم اراديا فى حالة غياب عن الوعى ويرون فى ذلك خدمة للفرد وخدمة للجماعة .

وترتبط بعض الزملاات بالنوع . فالاموك ترتبط بالذكور بينما ترتبط اللاتاه بالاناث . وللاتاه صورتان: الصورة الشائعة وهى التى تعتمد على التقليد Mimetic سواء اللفظى كالبيغائية Echolalia أو الحركية كالمحاكاة Echopraxia والطاعة الآلية والتأثر الشديد بأفعال الآخرين وأقوالهم والافتتان بهم، والصورة الأخرى وهى الصورة «الاندفاعية» (Impulsive) والتى تشيع فيها التعبيرات اللغوية التى تتضمن الاهانات والالفاظ البذيئة . وصورة التقليد هى الصورة التى ترتبط بالدور الانثوى حيث تتسم بالطابع السلبى القابل للتأثر والايحاء والطاعة والالتزام بالتعليمات . وقد بدأ اللاتاه خاصة صورة التقليد فى الانحسار قليلا اتساقا مع التغير الاجتماعى الذى يتطلب من المرأة درجة اكبر من الاعتماد على النفس والقدرة على التأقلم مع المواقف الضاغطة .

السلوك الشاذ كتحد أو كرد فعل للنمط الثقافى السائد:

ويظهر المرض أو السلوك الشاذ كرفض للمعايير الثقافية أو لأنماط السلوك الشائعة والتي تميز الثقافة. ومن ذلك ان شولر وكودل يفترضان ان اعراض الفصام تعكس ما يكون لدى المريض من استجابة سلبية قوية للتوقعات الكبرى فى حضارته، وهما يؤيدان فرضهما هذا بايراد ملاحظات منها ان الفصاميين من أهل اليابان يتصفون بالعدوانية الجسمية على العكس من طبيعتهم المسالمة الرقيقة فى حالة السواء، وان الامريكيين الذين يتميزون بالانضباط المعرفى الادراكى فى حالة السواء يتحولون بالفصام الى الغرابة وفقدان السيطرة على الادراكات الحسية والافكار (سوين، ١٩٧٩، ١٥٨).

وهذه الظاهرة تبين ان الامراض قائمة فى كل المجتمعات غير ان كل ثقافة تضيف الى المرض بعض الخصائص المميزة الى الجوانب الدينامية له. كذلك تكشف عن أن التأثير الثقافى قائم ووارد فى تحديد شكل المرض اما بمسايرة انماط الثقافة ومجاراتها أو بمعارضتها وتحيدها.

الثقافة تفسر الزملاات :

تقدم الثقافة تفسيرها للافصاحات السلوكية او الاعراض طبقا للمفاهيم السائدة فيها ومستوى الوعى الاجتماعى والعلمى والخلقى. ونجد هذه التفسيرات فى الطب الشعبى Folk medicine مثل زملة فقدان السائل المنوى فى الهند وجنوب آسيا. وفكرة فقدان المنى واستمرار هذا الفقدان من شأنها ان تصيب الفرد بالهلع لان المنى هو رمز الحياة والخصوبة والقوة طبقا للايديولوجية الهندية. والمريض هو الذى يشخص المرض عندما يجد أن لون البول قد تغير واتخذ لونا ضاربا الى البياض مع شعور بالضعف والانهاك واحاسيس بالاحتراق والخمول. وينتج ذلك اختلالات فى التركيز والتعلم اضافة الى المشكلات الجنسية. وكما تقدم الثقافة مفهومها عن المرض

واسبابه فانها تقدم ايضا اساليب العلاج التى تناسبه. فاذا كانت الاطعمة الساخنة والافراط الجنسى من العوامل المسببة، فالطعام البارد والاعتدال الجنسى واستخدام المقويات - لزيادة السائل المنوى - هى الاجراءات العلاجية.

(Pfeiffer, 1982, 209 - 210).

ومن الزملاات الثقافية النوعية الشهيرة الكورو Koro الذى ينتشر فى مناطق كثيرة فى الصين. وقد ذكر فى الطب الصينى كما وصف فى الادب الكلاسيكى. والكورو^(٧) لفظة تشير الى عضو الرجل التناسلى. وفى هذه الزملة يشعر المريض ان حجم قضيبه يتضاءل وينسحب داخل جسمه مما يعنى فى النهاية الوفاة. ويظهر الاختلال فى نوبات خفقان فى القلب مع نوبات دوار وتفجرات للعرق وخوف شديد من الوفاة. وتحدد الاسباب الشائعة لهذا الاضطراب فى ضعف قاعدة القضيب الذى ينتج عن الافراط فى الاشباع الجنسى أو من نوبات البرد القاسية أو الاطعمة الباردة. ويحصر العلاج فى تقوية قاعدة القضيب بوسائل ميكانيكية وبالتغذية الصحيحة والعلاج الدوائى المناسب.

وتوجه الثقافة فى كثير من حالات الزملاات النوعية أساليب التدخل طبقا لمفاهيمها. وكثيرا ما يكون العلاج عن طريق استحضر القوة التى تكون كامنة فى المريض والعمل على اظهار بشكل كامل. ومن الزملاات النوعية المرتبطة بالثقافة الوسواس، ولكل ثقافة المواقف التى يمكن ان يصاب فيها الافراد بالوسواس عند مواجهتها. وداخل الثقافة الواحدة مواقف نوعية يمكن ان يظهر فيها الوسواس فهناك الافراط فى غسل الايدى ووسواس نظافة الجسم وكثرة الاستحمام. واحيانا ما يكتسب العرض او السلوك غير السوى وراء او ضمن نشاط اجتماعى خلقى مقبول مثل وسواس الوضوء أو وسواس الصلاة. حيث يستمر الفرد فى الوضوء لفترة طويلة ظانا انه لم يحسن الوضوء كما ينبغى، أو أن يطيل فى صلاته أو يعيدها مرات لعدم تأكده

من انه اداما على الوجه الصحيح. وفي الحالات التي لا تكون شديدة يتم تكامل العرض واندماجه في الحياة اليومية الدينية بل قد يلقي تعزيزا من البيئة المحيطة.

وقد يكون العرض المرضى تهديد للفرد مثلما هو السوستو Susto وهي زملة ثقافية نوعية تنتشر في امريكا الجنوبية وتشير الى الفزع، حيث ان لفظة سوستو تعنى فزع أو رعب باللغة الاسبانية وتحدث للأطفال في هذه المناطق. والنوبة النمطية للسوستو هي أن يصبح الطفل قابلا للتهيج بدرجة عالية ويكون من السهل اثارة رعبه وتخويفه، ويخطر الطفل في الصباح باستمرار ويخشى ان يترك وحيدا ويفقد شهيته. ويظن الناس ان المرض يعزى الى ان روح الطفل غادرت جسده. ولكن الباحثين وجدوا ان الحالة عادة ما تلى خبرة صادمة مثل مواجهة حيوان مفترس او ما يمكن ان يوقع الأذى بالطفل.

ومن الزملات الثقافية والمهددة أيضا ذهان الونديجو Windigo عند الهنود في شمالي شرق كندا. والونديجو اسم لعملاق أو لغول يأكل الثلج ويمثل مصدرا لاثارة القلق والألم عند افراد هذه القبائل. وتتمثل الاعراض بأن يشعر الفرد بأنه يتحول تدريجيا الى ونديجو، وعلى هذا يميل الى اكل لحوم البشر ويحاول المريض ان يخلص نفسه من هذه الحالة ولكنه لا يستطيع كما ان اهل المريض واصدقائه يحاولون مساعدته وتخليصه من (الشيطان) ولكن دون جدوى.

ومن الزملات المرتبطة بالثقافة أيضا مرض الببلوكتوك Pibloktoq وينتشر بين افراد قبائل الاسكيمو خاصة من النساء. والمصابة بهذا المرض تنتابها نوبات من الصراخ والعويل المستمر، وتعمل على تمزيق ثيابها، الى ان تستنزف قواها وترتمى على الكتبان الثلجية في حالة تشنجية ثم تروح في غيبوبة.

ويلاحظ أن الزملات المرتبطة بالثقافة ليست قاصرة على المجتمعات البدائية والمنعزلة بل انها تحدث في

المجتمعات الحديثة والمتقدمة ففي ايطاليا وفرنسا يصف (كابجرا Capgras) - وهو طبيب نفسى فرنسى - زملة عرفت باسمه. وهي اضطراب ذهاني نادر يصرف فيه المريض على ان الآخرين الذين يعرفهم - عندما يقابلهم - ليسوا هم ذواتهم ولكنهم اشخاص آخرين بدلاء لهم ويتحلون شخصياتهم. ويعتقد أن هذا السلوك يخدم غرضا لاشعوريا وهو رفض الشخص (الأم على سبيل المثال). وتعتبر زملة كابجرا بصفة عامة زملة خاصة من الفصام الباراني أو اضطراب عضوى أو ذهاني وجداني (جابر، كفاى، ١٩٨٩، ٥١٨). كما أن اليابانيين احيانا ما يصابون بمرض يسمى خواف الانسان أو فوبيا الانسان Anthropophobia ويتخذ صورة الشعور بالدونية والصالة والخوف من مقابلة الناس والخجل والانطواء.

خاتمة واستنتاجات

يلقى النموذج الطبى التقليدى - وهو نموذج احادى يرد الاضطرابات الجسمية الى العوامل البيولوجية وحدها - معارضة تتزايد يوما بعد يوم، على أساس أنه لايمكن حتى فى تشخيص وعلاج الاضطرابات الجسمية اغفال المجتمع وثقافته. وإذا كان المجتمع وثقافته قد دخلا معادلة المرض الجسمى بجانب الجوانب البيولوجية، فعليا أن نتوقع أن تلعب ثقافة المجتمع دورا أكبر فى نشأة الأمراض النفسية ونموها. فمن يعانى من اخاييل سمعية او بصرية، او الذى يعتقد فى صدق بعض المعتقدات غير المعقولة (هذات) او الذى يعانى خوفا شديدا من اشياء لاتخيف (خوافات أو مخاوف مرضه). أو الذى يعانى قلق أو اكتئابا او تسلط افكار وسواسية عليه، لا يمكن فهم سلوكه فى ضوء الاستعداد الجنينى او فى ضوء الاضطراب الذى قد يحدث فى المجموع العصبى المركزى، أو فى ضوء الخلل الذى يمكن أن يحدث فى الافراز الهرمونى أو فى ضوء اضطرابات عملية الايض او غيرها من العمليات البيولوجية. ولكن بدلا من ذلك فان فرضا مثل فرض الاستعداد الضغط diathesis - stress - hypothesis الذى

نمى فى احضان الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية. يفسح المجال لكل من الاستعداد البيولوجى والتأثيرات الثقافية. ومن هنا نما مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية وتحددت معالمه وأصبح له مختصوه بعدما تبين للدارسين حجم الدور الذى تلعبه العوامل الثقافية الاجتماعية فى نشأة الامراض النفسية ونموها.

ولكن هذا المجال الجديد يقابل الباحثون فيه بعض المشكلات المنهجية أهمها ان المسميات المرضية والمصطلحات التى تشير الى الفئات المرضية نشأت فى ظل ثقافة معينة وهى الثقافة الغربية، وهى ايضا الثقافة التى اعدت ادلة التشخيص التى تصنف الاضطرابات مع ما فى ذلك من محاذير أو مخاطر تكمن فى التباين اللغوى والثقافى والاجتماعى حتى ان ادلة التشخيص واسماء الاضطرابات تراجع من فترة الى اخرى داخل الثقافة التى وضعتها حتى تكون اكثر تصويرا لما هو فى الواقع.

ومن المشكلات المنهجية أيضا فى هذا المجال مشكلة الاحصاءات المتوافرة لاعداد المرضى فى المؤسسات العلاجية، فهى ليست دقيقة تماما والاعتماد عليها فى المقارنات أمرا قد يكون مضللا لان البعض ينكر الاضطراب النفسى، أو يعالجه كمرض جسمى، أو يعالجه علاجات تقليدية شعبية بعيدة عن المؤسسات، أو يعالجه خارج البلاد. كذلك من المشكلات التى تقابل العاملين فى هذا الميدان دلالة السلوك فالسلوك ليس له دلالة واحدة فى كل المجتمعات. ومن هنا فالاعتماد عليه فى تحديد سوية السلوك أو لاسويته قد يوقعنا فى الخطأ.

ومن هنا يتضح أن من أولويات هذا المجال الناشئ بناء نظام تشخيصى تصنيفى يستفيد من كل المعطيات التى تقدمها العلوم ذات العلاقة مثل علم النفس والطب النفسى. والانثرولوبولوجى والاجتماع والاعصاب بحيث يبنى هذا النظام على وجهة نظر كلية تضع فى اعتبارها العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والاجتماعية

المتضمنة فى نشأة المرض ونموه. ومما يبعث على الأمل فى امكانية بناء مثل هذا النظام التشخيصى الدجاح فى اجراء دراسات مثل الدراسة الاستطلاعية الدولية للفصام ودراسة الاكتئاب عبر ثقافات مختلفة التى قامت بها منظمة الصحة العالمية WHO.

كذلك من الضرورى فهم الثقافة التى ندرس الامراض النفسية فيها وان نحلل الانماط الثقافية فيها جيدا، لأن هذا التحليل يتضمن معرفة الاستجابات وردود الافعال السوية والعادية داخل الثقافة، وقد يجنبنا هذا الكثير من الزلل لان بعض أساليب السلوك مما يحسب سويا فى ثقافته يعد بمعايير مجتمعات اخرى سلوكا غير سوى. وقد تضمنت الدراسة أمثلة عديدة على ذلك مثل الصعوبة التى يجدها الطبيب النفسى فى تشخيص الهذاء البارانى فى الثقافات التى تعبر عن الكراهية بالفعل وليس بالفكر، والصعوبة التى يقابلها الطبيب النفسى أيضا فى تشخيص الاكتئاب فى الثقافات التى يغطى فيها المرض بأعراض جسمية ولايعبر عنه لفظيا كما فى ثقافات أخرى، وهو ما يعرف بالاكتئاب المقنع.

وهناك تباينات كبيرة فى نظرة المجتمع ومؤسساته لكل من المرض والمريض. ويحدث هذا التباين نتيجة اختلاف البنى الاجتماعية خاصة بنية الاسرة. فالأسر فى بعض المجتمعات توفر حماية للانثى اكثر مما تفعل مع الذكور وبعضها يفعل العكس. وكبر السن فى بعض المجتمعات يضيف الى مكانة الفرد وفى مجتمعات أخرى يجعله عبئا على الاخرين. وبعضها يحمل الابن الأول مسئوليات كبيرة مما يمثل ضغوطا عليه فى النهاية، والوضع الاجتماعى للفرد فى المجتمع أحد العوامل الهامة فى اصابته بالمرض النفسى، كذلك فان امكانية الحراك الاجتماعية فى المجتمع له علاقة بادراك الفرد لحجم الضغوط التى يتعرض لها ومدى الحماية التى يوفرها له المجتمع.

وهكذا يتأكد دور الثقافة فى نمو الشخصية سواء على النحو الصحى أو على النحو غير الصحى. ويمتد هذا التأثير فى المجال المرضى من عملية فهم المرض وتشخيصه الى عمليات العلاج والتأهيل، مما يستوجب الاحاطة الكاملة بالبعد الثقافى فى فهم المرض وتشخيصه وعلاجه جميعا.

كذلك فان فهم الثقافة ليس هاما فى عملية التشخيص فقط وانما فى فهم اسباب المرض وعوامله. والثقافة - كما ذكرت فى الدراسة - لا تلعب فقط دورا فى تحديد قدر الضغط الذى يخبره الفرد ولكنها تؤثر أيضا فى ادراكه لهذا الضغط وتقييمه له، بل ولها دورها فى تعليمه كيف يواجه هذا الضغط.

الهوامش:

- (١) وردت الجنسية المثلية Homosexuality ضمن الطبيعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية الذى تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسى (D S M- I) الصادر عام ١٩٥٢، (DSM- II)، الصادر عام ١٩٦٨. ولكنه اختفى فى الطبعة الثالثة (DSM- III) الصادر عام ١٩٨٠. وهذا يعنى تحول قسم من الرأى الأمريكى فى صالح السلوك الجنسى العظمى، وبالتالي كاد أن يخرج بالفعل من حيز اللاسواء الى حيز السواء.
- (٢) الأسرة الممتدة هى الأسرة التى تتألف بجانب الوالدين والأطفال من أفراد آخرين من ذوى القرابة كالأجداد والأعمام والأخوال وأبنائهما، ويعيشون فى مسكن واحد.
- (٣) الأسرة النووية هى الأسرة التى تتكون من الوالدين والأطفال الصغار فقط. وتقيم فى مسكن مستقل ومنفصل عن مساكن الأقارب.
- (٤) جنون القتل Amoke وفى هذه الزملة يخبر الفرد فترة طويلة من التفكير والتأمل الذى يكسوه طابع الاكتئاب ثم تنتابه نوبة شديدة من الهياج غير مسبوقة بأى استفزاز بهجم فيها على كل ما يقابله بدون تمييز بين انسان أو حيوان. وقد يقتل المريض فى هذه النوبة أكثر من عشرة افراد أو يعجزهم قبل ان يتم التغلب عليه أو تخور قواه. وقد تنتهى النوبة بأن يقتل المريض نفسه ويكون لدى المريض أمنيذيا (نساء) كاملة بالحادث وربما عمد الى الانتحار. والاسباب المفترضة لهذا المرض تتضمن السكر الناتج عن تعاطى الكحول، والعوامل الاجتماعية من قبيل رفض أسرة الفتاة التى يأمل فى زواجها أو كآثار جانبية لمرضى الملاريا أو كنوع من النوبات الصرعية أو كمرض ذهائى. (جابر، كفاى، الجزء الأول، ١٩٨٨ ص ١٥٦).
- (٥) الكتاتونيا Catatonia نوع من قصور النشاط الحركى. فالمصطلح يشير فى أصله اللاتينى الى الارتخاء. ويستخدم فى مجال علم النفس والطب النفسى بمعنى قصور الحركة سواء اكان

- (٦) اللاتاه Latah نوع من الهرع (الفرع، الرعب) القفزى العصبى. وهو زملة ترتبط بثقافة معينة اكتشفت فى البداية فى الملايو وكذلك فى تايلاند وسيبيريا والكونغو والفلبين. وتتطور الحالة فى الاساس لدى النساء الفاضعات الغيبات اللاتى تعرضن لفرع مفاجيء. واعراضه الاساسية الى جانب الخوف، تقليد السلوك اى تكرار آلى لكلمات شخص آخر وجمله وكذلك تقليد حركى آلى لحركاته وإيماءاته، ونزعة قهرية للتفوه بألفاظ بذيئة. ويعتقد أن هذه الاستجابة نابعة من عجز مواجهة المواقف المهددة المثيرة للقلق. (جابر، كفاى، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٩٢٥).
- (٧) الكورو استجابة خواف حادة حيث يخاف المريض فجأة من أن قضيبه يتقلص وسوف يختفى فى بطنه ويؤدى به الى الموت. ويلاحظ المرض فى جنوب الصين وفى أرخبيل الملايو. وهناك شكل آخر من اشكال الكورو نجده عند الانثى حيث تشعر المريضة أن ثدييها يضمعان وأن شفرى الفرج يمتصان الى الداخل وقد وجد هذا فى بورنيو. وقد يربط المرضى شريطا حول القضيب أو يستخدمون وسائل أخرى للحفاظ على السيطرة الفيزيائية على وجوده. ويرتبط الاضطراب بصفة عامة بالاحساس بالاثم نتيجة لممارسة العادة السرية أو لاتصال جنسى غير شرعى. وقد لوحظت حالات كورو مرتبطة بسؤال استخدام العقاقير وبأورام المخ وباصابات أخرى (جابر، كفاى، ١٩٩١، ١٩٩٢).

المراجع العربية

- ١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٨٨.
- ٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٨٩.
- ٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٩٠.
- ٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٩١.
- ٥- كمال دسوقي: ذخيرة علم النفس، الجزء الثانى، الدار الدولية للنشر، القاهرة ١٩٩١.
- ٦- ريتشارد سوين: علم الامراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة: دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٧٩.
- ٧- ابراهيم كاردنير: مفهوم تركيب الشخصية الاساسية بوصفها اداة فعالة فى العلوم الاجتماعية فى رالف لنتون (تحرير).
- الانثروبولوجيا وأزمة العلم الحديث، ترجمة عبد الملك الناشف: ص ص ١٩٥ - ٢١٩. المكتبة المصرية، بيروت ١٩٦٧.
- ٨- علاء الدين كفافى: الصحة النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة ١٩٩٠.
- ٩- علاء الدين كفافى: التنشئة الوالدية والامراض النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة ١٩٨٩.
- ١٠- رالف لنتون: دراسة الانسان، ترجمة عبد الملك الناشف: المكتبة المصرية، بيروت ١٩٦٤.
- ١١- محمد على محمد وآخرون: المجتمع والثقافة والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ١٩٨٥.
- ١٢- مرجريت ميد: النمو والتربية فى المجتمعات البدائية، ترجمة نعيمة محمد عيد: دار النهضة العربية، القاهرة (بدون تاريخ).
- ١٣- منظمة الصحة العالمية: الاضطرابات الاكتئابية فى الثقافات المختلفة، جنيف ١٩٨٣ - صدرت الطبعة العربية عام ١٩٨٦.

المراجع الأجنبية

- 14- Al- Issa, I. (1982): Does Culture Make a Difference in Psychopathology? In Al- Issa (Ed): **Culture and Psychopathology** (3-26) University Park Press, Baltimore.
- 15- Arieti, S. (1967): Schizophrenia, Other Aspects of Psychotherapy in Arieti (Ed). American Handbook of Psychiatry. Basic Books Inc. N.Y.
- 16- Benedict, R. (1953): Patterns of Culture, Mentor Book, New York.
- 17- Coleman, C. J. Butcher, J.N. Carson, R.C: (1984): Abnormal Psychology and Modern life 7th Scott, Foresman and Company, London.
- 18- Draguns, J.G. (1982): Methodology in Cross Cultural Psychopathology. In Al-Issa, I (Ed) **Culture and Pasychophology** (33-36) University Park Press Baltimore.
- 19- Engelsman, F. (1982): Culture and Depression in Al- Issa, I. (Ed) **Culture and Psychopathology**, (251-270). University Park Press, Baltimore.
- 20- Eysenck, H. j. & Eysenck, B.G. (1982): Culture and Abnormalities. in Al- Issa (Ed) **Culture and Psychopathology** (277-304) University Park Press Baltimore.
- 21- Hunt, C. & Horton, P. (1964): Sociology, Mc Graw Hill Books. Co. New York.
- 22- Mahmoud, R. (1977): Cross-National study of the symptomatology of schizophrenia an Anglo - Egyptian Comparison, Dar. El-Ghad, Cairo.
- 23- Mead, M. (1971): Male and Female. Penguin Books.
- 24- Murphy, H.B.M. (1982): Culture and Schizophrenia. In Al- Issa (Ed) **Culture and psychopathology**. (221 - 247) University Park Press, Baltimore.
- 25- Pefeiffer, W. M. (1982): Culture - Bound Syndromes in. Al - Issa (Ed) **Culture and psychopathology** (201-217) University Park Press, Baltimore.
- 26- The Ethnography of MALINOWSKI (1929): Edited by Micheal W. Young. Routledge & Kegan, Paul, London.
- 27- Tylor, E. (1913): Primitive Culture, John, Murray London.